

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Guía de buenas
prácticas clínicas

DICIEMBRE 2013

Valoración y manejo del dolor

Tercera Edición



 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

 **investen**
iscii

Aviso de responsabilidad

El uso de estas guías no es obligatorio para las enfermeras o las instituciones que las emplean. El uso de estas guías debe ser flexible, y amoldarse a las necesidades individuales y a las circunstancias locales. Las guías no suponen compromiso alguno pero, tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque en el momento de la publicación se puso especial énfasis en la precisión de los contenidos, los autores y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO, por sus siglas en inglés) no garantizan la exactitud de la información recogida en las guías ni asumen responsabilidad alguna respecto a las pérdidas, daños, lesiones o gastos derivados de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su reproducción, el resto puede ser producido, reproducido o publicado en su totalidad, independientemente del formato, incluido el electrónico, para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, siempre que en la guía reproducida aparezca la siguiente acreditación:

Versión en castellano de: Registered Nurses' Association of Ontario (2013). Valoración y manejo del dolor (3a ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Este trabajo está financiado por el Ministerio de Salud y Cuidados a largo plazo de Ontario.

Acerca de la traducción

Para realizar la versión española de las guías de la RNAO se ha contado con la coordinación técnica de un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la salud, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales del cuidado experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción a fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.

Información de contacto

Registered Nurses' Association of Ontario

(Asociación profesional de Enfermeras de Ontario)

158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3



Valoración y manejo del dolor

Tercera Edición

Saludos de Doris Grinspun,

Directora ejecutiva, Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) se complace en presentar la tercera edición de la guía de buenas prácticas clínicas, Valoración y manejo del dolor. La práctica basada en la evidencia respalda la excelencia en el servicio que los profesionales de la salud se han comprometido en ofrecer todos los días. La RNAO se complace en proporcionar este recurso fundamental.

Queremos ofrecer nuestro más sincero agradecimiento a todas las partes interesadas que están haciendo que nuestra visión de las guías de buenas prácticas se haga realidad, empezando por el Gobierno de Ontario, por reconocer a la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario la capacidad para dirigir el programa y por proporcionar la financiación plurianual. A la Dra. Irmajean Bajnok, Directora de Asuntos Internacionales de la RNAO y del Centro de Guías de Buenas

Prácticas y a la Dra. Monique Lloyd, Directora asociada, por ofrecer su experiencia y liderazgo. También quiero dar las gracias a los presidentes del grupo

de expertos, la Dra. Judy Watt-Watson (profesora emérita de la Facultad de Enfermería Lawrence S. Bloomberg de la Universidad de Toronto y presidenta de la Sociedad Canadiense del Dolor) y a la Dra. Denise Harrison (Presidenta de Cuidados de Enfermería de la Infancia, la Adolescencia y la Familia de la Universidad de Ottawa y miembro investigador honorario del Instituto de Investigación Infantil Murdoch en Australia) por su experiencia y administración de esta guía. Agradecer también al personal de la RNAO, Brenda Dusek, Andrea Stubbs, Grace Suva, Sara Xiao y Anastasia Harripaul por su intenso trabajo en la producción de esta tercera edición. Un agradecimiento especial a los miembros del grupo de expertos por ofrecer de forma generosa su tiempo y experiencia para ofrecer un recurso clínico riguroso y sólido. ¡No lo podríamos haber logrado sin vosotros!

El uso eficaz de las guías de buenas prácticas requiere de un esfuerzo conjunto de los educadores, médicos, empresarios, políticos e investigadores. La enfermería y la comunidad dedicada a la salud, con su inquebrantable compromiso y pasión por la excelencia en los cuidados al paciente, han proporcionado los conocimientos técnicos e innumerables horas de trabajo voluntario esencial para el desarrollo y la revisión de cada guía. Los empresarios han respondido con entusiasmo nombrando impulsores de buenas prácticas, implantando guías y evaluando su impacto en pacientes e instituciones. Los gobiernos nacionales y extranjeros se han unido en este viaje. Juntos, estamos construyendo una cultura de la práctica basada en la evidencia.

Les pedimos que compartan esta guía con sus colegas de otras profesiones, porque hay mucho que aprender unos de otros. Juntos, debemos asegurarnos de que el público reciba los mejores cuidados posibles cada vez que entren en contacto con nosotros, ¡hagan que ellos sean los verdaderos ganadores en este importante esfuerzo!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (Hon), O. ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario

Saludo de Teresa Moreno,

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto de Salud Carlos III de España



La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

A handwritten signature in blue ink that reads "Teresa Moreno". The signature is stylized and cursive.

Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)
Instituto de Salud Carlos III de España.
Madrid Enero 2015

Índice de contenidos

Cómo utilizar este documento	6
Establecer el contexto	7
Resumen de recomendaciones	8
Interpretación de la evidencia	12
Grupo de expertos de la RNAO	13
Equipo del Programa de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO	14
Agradecimientos a los grupos de interés	16
Miembros del equipo de traducción	18
Antecedentes	21

ANTECEDENTES

Recomendaciones para la práctica	24
Recomendaciones para la formación	49
Recomendaciones para la organización y directrices	52
Brechas en la investigación e implicaciones futuras	55
Estrategias de implantación	56
Evaluación y seguimiento de esta guía	58
Proceso de actualización y revisión de la guía	63

RECOMENDACIONES

Lista de referencias	64
----------------------------	----

REFERENCIAS

ANEXOS	Anexo A: Glosario de términos	71
	Anexo B: Proceso de desarrollo de la guía	75
	Anexo C: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda	76
	Anexo D: Recursos para la valoración y manejo del dolor – Lista de páginas web	80
	Anexo E: Herramientas de autoinforme validadas para niños, adolescentes y adultos	85
	Anexo F: Ejemplo: algoritmo para la valoración del dolor en niños hospitalizados	89
	Anexo G: Ejemplo: algoritmo para la valoración del dolor en adultos con cáncer (Fuente: Cancer Care Ontario)	90
	Anexo H: Ejemplo: conjunto de cuidados para la valoración y manejo del dolor en adultos en estado crítico.	93
	Anexo I: Ejemplo: herramientas de valoración del dolor validadas para neonatos	94
	Anexo J: Ejemplo: herramientas validadas para la valoración del comportamiento del dolor en niños	95
	Anexo K: Ejemplo: herramientas validadas para la valoración del comportamiento del dolor en adultos	97
	Anexo L: Ejemplo: herramientas validadas para la valoración del comportamiento del dolor en adultos en estado crítico sin comunicación verbal	98
	Anexo M: Recursos para la valoración del dolor en personas mayores con deterioro cognitivo	100
	Anexo N: Estrategias recomendadas para el manejo del dolor en bebés y niños (agudos)	101
	Anexo O: Escala de sedación inducida por opioides Pasero (POSS) con intervenciones	104
	Anexo P: Descripción de la Herramienta	105

APOYOS	Refrendo (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor)	106
--------	---	-----

Cómo utilizar este documento

Esta guía de buenas prácticas^G es un documento completo, que proporciona recursos para la práctica de la enfermería basada en la evidencia^G y debe ser considerada como una herramienta, o plantilla, destinada a mejorar la toma de decisiones para unos cuidados individualizados. Se pretende que la guía se revise y se aplique de acuerdo con las necesidades tanto individuales como de las instituciones o centros de cuidados y las necesidades y deseos de la persona^G (a lo largo del documento, utilizamos la palabra "persona" para referirnos a clientes^G o pacientes; que engloba la persona, su familia y los cuidadores que prestan los cuidados en un equipo interprofesional). Además, la guía ofrece una visión general de las estructuras y soportes adecuados para brindar los mejores cuidados posibles basados en la evidencia.

A las enfermeras, otros profesionales de la salud y los administradores que dirigen y facilitan los cambios en la práctica este documento les resultará de gran valor para el desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas y evaluaciones educativas, intervenciones y herramientas de documentación. Las enfermeras en contacto directo con la práctica se beneficiarán de la revisión de las recomendaciones y de la evidencia que las respalda. Pero, recomendamos especialmente que se adapten estas guías en los entornos de la práctica en formatos que sean de fácil manejo para el uso diario; sugerimos algunos formatos que incluimos para la adaptación de la guía a sus necesidades.

Si su institución está adoptando la guía, le recomendamos que siga los siguientes pasos:

- a) Evaluar sus prácticas de enfermería y de la salud mediante las recomendaciones de la guía;
- b) Identificar qué recomendaciones abordan las necesidades o carencias en la unidad; y
- c) Desarrollar un plan de implantación de las recomendaciones (los recursos para la implantación se incluyen en la Herramienta de implantación de la RNAO, Implementation Toolkit [RNAO, 2012b] disponible en español en la página web, www.RNAO.ca)

Estamos interesados en escuchar cómo ha implantado la guía. Por favor, póngase en contacto con nosotros para compartir su experiencia.

* A lo largo de este documento, los términos marcados con un superíndice con el símbolo (G) puede encontrarse en el Glosario de términos (Anexo A).

Establecer el contexto

Las guías de buenas prácticas se desarrollan de forma sistemática para ayudar a las enfermeras y a los clientes a tomar decisiones adecuadas sobre salud (Field & Lohr, 1990). Esta guía ofrece recomendaciones basadas en la evidencia para las enfermeras y otros miembros del equipo interprofesional^G que son los que valoran y manejan el dolor o el riesgo de cualquier tipo de dolor^G en las personas.

En octubre y diciembre de 2011, la RNAO reunió a grupos focales con 34 expertos especializados en la valoración y el manejo del dolor. Su tarea consistía en determinar la dirección de la tercera edición de la guía, Valoración y manejo del dolor. Los grupos focales fueron interprofesionales, formados por personas pertenecientes a la práctica clínica, administrativos y académicos en diferentes instituciones de salud. Ellos trabajan con clientes de todas las edades en diferentes tipos de cuidados –agudos, crónicos y domiciliarios, de salud mental y adicciones^G, de rehabilitación y de servicios comunitarios–.

Los participantes de los grupos focales resumieron los recursos pendientes, incluyendo libros, guías, documentos de posición, y las vías de cuidados desarrollados para satisfacer las necesidades de poblaciones específicas y basadas en diferentes tipos de dolor (por ejemplo, agudo^G, persistente^G, cáncer o durante los cuidados paliativos). Estos participantes también recomendaron que nos centráramos en esta edición de Valoración y manejo del dolor en el establecimiento de las competencias básicas generales (las habilidades y las prácticas) de las enfermeras para la valoración y manejo del dolor de forma eficaz, sin centrarse en el tipo o el origen del dolor. El equipo de expertos apoyó la recomendación del grupo focal.

Es importante reconocer que siempre se deben considerar las preferencias personales y las necesidades especiales, y los recursos disponibles, en la prestación de los cuidados. Este documento tiene por objeto ayudar a las enfermeras y a otros miembros del equipo interprofesional a centrarse en las estrategias basadas en la evidencia en el contexto de la relación profesional-cliente. Además, las competencias varían entre las enfermeras y entre las diferentes categorías de profesionales de enfermería.

Esperamos que las enfermeras lleven a cabo sólo los cuidados para los que han recibido formación y la experiencia. Cada enfermera debe consultar cuando las necesidades de cuidados de una persona superen su capacidad para actuar de forma independiente (College of Nurses Of Ontario [CNO], 2011). Otros factores que afectan a la utilización de esta guía se relacionan con las políticas de cada institución y los procedimientos, la legislación del gobierno, los diferentes sectores de la salud y la población de clientes. Esta edición de la guía está diseñada para aplicarse en todos los entornos de la práctica de enfermería, incluyendo la práctica clínica, la administración y la educación, para ayudar a las enfermeras a sentirse más cómodas, seguras y capaces en los cuidados de las personas con dolor o con riesgo de cualquier tipo de dolor.

Es importante que las enfermeras, en colaboración con su equipo interprofesional, conozcan y trabajen con las personas, sus familias y cuidadores para promover estrategias seguras y eficaces para la valoración, manejo y la prevención del dolor. La prevención y el manejo eficaz del dolor depende de los cuidados interprofesionales^G coordinados que hacen hincapié en la comunicación continua entre los profesionales y las personas que buscan sus servicios.

Nuestra lista de referencias y anexos (incluye un glosario, una descripción de cómo se desarrolló la guía y los detalles de nuestra búsqueda de la literatura) siguen la guía principal.

Resumen de recomendaciones

Esta guía es una nueva edición, y sustituye a Valoración y manejo del dolor. (RNAO, 2007)

Se han utilizado estos símbolos para las recomendaciones:

- ✓ La recomendación no ha cambiado como resultado de la revisión sistemática^G de evidencia.
 - +
- La recomendación y la evidencia que la avala se ha actualizado como resultado de la evidencia de la revisión sistemática

NUEVO Se ha desarrollado una nueva recomendación basada en la evidencia procedente de la revisión sistemática

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ^G		NIVEL DE EVIDENCIA	
1.0 Valoración	<p>Recomendación 1.1</p> <p>Detectar la presencia, o riesgo, de cualquier tipo de dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Al ingreso o en la consulta de un profesional sanitario; ▪ Después de un cambio en la situación clínica; y ▪ Antes, durante y después de un procedimiento. 	Ib	+
	<p>Recomendación 1.2</p> <p>Realizar una valoración integral del dolor en las personas a las que se les haya detectado la presencia de dolor, o el riesgo de cualquier tipo de dolor utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas apropiadas.</p>	Ib	+
	<p>Recomendación 1.3</p> <p>Realizar una valoración integral del dolor en personas incapaces de expresar su propio dolor, utilizando una herramienta validada.</p>	III	+
	<p>Recomendación 1.4</p> <p>Explorar las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión sobre el dolor y el manejo del dolor de la persona.</p>	III	+
	<p>Recomendación 1.5</p> <p>Registrar las características del dolor del paciente^G.</p>	Ila	+

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ⁶		NIVEL DE EVIDENCIA	
2.0 Planificación	<p>Recomendación 2.1</p> <p>Colaborar con la persona a identificar sus metas para el manejo del dolor y las estrategias adecuadas para garantizar un enfoque integral para el plan de cuidados.</p>	Ib	NUEVO
	<p>Recomendación 2.2</p> <p>Establecer un plan integral de cuidados que incorpore los objetivos de la persona y del equipo interprofesional y que contemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de los resultados; ▪ Las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión de la persona; y ▪ Las características personales⁶ y las características del dolor. 	III	+
3.0 Implantación	<p>Recomendación 3.1</p> <p>Implantar el plan de manejo del dolor utilizando principios que maximicen la eficacia y minimicen los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un enfoque de analgesia multimodal; ▪ Un cambio de opioides (dosis o vías de administración) cuando sea necesario; ▪ La prevención, la valoración y el manejo de los efectos adversos durante la administración de analgésicos opioides, y ▪ Prevención, evaluación y manejo de los riesgos de los opioides. 	Ib	+
	<p>Recomendación 3.2</p> <p>Evaluar las intervenciones no farmacológicas (físicas y psicológicas) para la eficacia de las intervenciones farmacológicas.</p>	Ib	+
	<p>Recomendación 3.3</p> <p>Formar a la persona, su familia y los cuidadores sobre las estrategias de manejo del dolor en su plan de cuidados y abordar las preocupaciones y creencias erróneas⁶.</p>	Ib	+

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ^G		NIVEL DE EVIDENCIA	
4.0 Valoración	<p>Recomendación 4.1</p> <p>Volver a valorar la respuesta de la persona a las intervenciones de manejo de dolor constantemente utilizando la misma herramienta de valoración. La frecuencia de las valoraciones vendrá determinada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La presencia de dolor; ▪ La intensidad del dolor; ▪ La estabilidad de la situación clínica del paciente; ▪ El tipo de dolor p. ej. Agudo versus persistente; y ▪ La institución de salud. 	IIb	+
	<p>Recomendación 4.2</p> <p>Comunicar y registrar las respuestas de la persona al plan del manejo del dolor.</p>	IIb	+

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN ^G		NIVEL DE EVIDENCIA	
5.0 Educación	<p>Recomendación 5.1</p> <p>Las instituciones educativas deben incorporar esta guía, <i>Valoración y manejo del dolor (3ª ed)</i>, en los programas curriculares interprofesionales y de enfermería para los programas de enfermería, formación profesional y medicina para promover la práctica basada en la evidencia.</p>	IIb	+
	<p>Recomendación 5.2</p> <p>Incorporar los contenidos sobre las estrategias de transferencia del conocimiento en los programas de formación para los profesionales de la salud para trasladar a la práctica la evidencia relacionada con el manejo del dolor.</p>	IIb	+
	<p>Recomendación 5.3</p> <p>Promover la formación y la colaboración interprofesional en relación con la valoración y manejo del dolor en las instituciones académicas.</p>	Ib	NUEVO

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN ^G ...CONTINUACIÓN		NIVEL DE EVIDENCIA	
	<p>Recomendación 5.4</p> <p>Los profesionales de la salud deben participar en la formación continua para mejorar los conocimientos específicos y las habilidades relacionadas con la valoración y manejo del dolor de forma efectiva basándose en la guía <i>Valoración y manejo del dolor (3ª ed)</i>.</p>	IV	+

RECOMENDACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN Y DIRECTRICES ^G		NIVEL DE EVIDENCIA	
6.0 Organización y directrices	<p>Recomendación 6.1:</p> <p>Establecer la valoración y manejo del dolor como una prioridad estratégica en salud.</p>	IV	+
	<p>Recomendación 6.2:</p> <p>Establecer un modelo de cuidados para apoyar la colaboración interprofesional para la valoración y manejo del dolor eficaz.</p>	IIb	+
	<p>Recomendación 6.3:</p> <p>Utilizar el proceso de transferencia del conocimiento y las estrategias multimodales en las instituciones para ayudar a los profesionales de la salud a utilizar en la práctica la mejor evidencia en la valoración y manejo del dolor.</p>	III	+
	<p>Recomendación 6.4:</p> <p>Utilizar un enfoque sistemático para toda la institución para implantar la guía de buenas prácticas <i>Valoración y manejo del dolor (3ª ed)</i> y proporcionar los recursos y los apoyos administrativos e institucionales para facilitar su adopción.</p>	IV	+

Interpretación de la evidencia

Niveles de evidencia

Ia	Evidencia obtenida del metaanálisis o de la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios ^G .
Ib	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorio.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorio.
IIb	Evidencia obtenida de al menos una muestra de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasiexperimental, no aleatorio.
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales, como son los estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
IV	Evidencia obtenida de la opinión de los informes elaborados por un comité de expertos y/o las experiencias de autoridades.

Adaptado del “Annex B: Key to evidence statements and grades of recommendations,” de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2012, en SIGN 50: A Guideline Developer’s Handbook. Disponible en <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexb.html>

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario: Equipo de Expertos

Judy Watt-Watson, RN, MSc, PhD

Panel Co-Chair
 Professor Emeritus
 The Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing,
 University of Toronto
 President, Canadian Pain Society
 Senior Fellow, Massey College, University of Toronto
 Toronto, Ontario

Denise Harrison, RN, PhD

Panel Co-Chair
 Chair in Nursing Care of Children, Youth and Families
 Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO) and
 University of Ottawa
 Murdoch Childrens Research Institute, Australia;
 Honorary Research Fellow
 The University of Melbourne Faculty of Medicine,
 Dentistry & Health
 Sciences, Australia; Honorary Senior Fellow
 Ottawa, Ontario

Janette Byrne, RN, BScN, CHPCN(C)

Palliative Pain and Symptom Management,
 Consultation Program
 Nurse Educator
 St. Josephs Health Centre
 London, Ontario

Marg Cutrara, RN, MSN

PPSM Consultant, Clinical Nurse Consultant,
 Hospice Palliative Care
 Southlake Regional Health Centre
 Newmarket, Ontario

Darlene Davis, RN, MN

Health Services Manager, Pain Services
 Capital District Health Authority
 Halifax, Nova Scotia

Céline Gélinas, RN, PhD

Assistant Professor
 Ingram School of Nursing
 McGill University
 Researcher and Nurse Scientist
 Centre for Nursing Research and Lady Davis Institute
 Jewish General Hospital
 Montreal, Quebec

Nicholas Joachimides, RN, BScN, CRN(c), MCISC

Clinical Educator
 Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital
 Toronto, Ontario

Salima S. J. Ladak, RN(EC), MN

Nurse Practitioner, Acute Pain Service – Toronto
 General Hospital
 Coordinator, UHN Pain APN Network
 Toronto, Ontario

Shirley Musclow, RN(EC), MN

Assistant Professor
 Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing
 University of Toronto
 Toronto, Ontario

Lori Palozzi, RN(EC), MScN, NP

NP- Pediatrics,
 Anaesthesia Pain Service
 The Hospital for Sick Children
 Toronto, Ontario

Brenda Poulton, RN, MN, NP

NP Pain Management (Acute Pain Service)
 Royal Columbian Hospital Fraser Health
 New Westminster, British Columbia

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario: Equipo de Expertos ...continuación

Mona Sawhney, RN(EC), MN, PhD

Nurse Practitioner, Acute Pain Service
North York General Hospital
Toronto, Ontario

Jennifer Stinson, RN, PhD, CPNP

Scientist, Child Health Evaluative Sciences
Nurse Practitioner, Chronic Pain Program
The Hospital for Sick Children
Assistant Professor, Lawrence S. Bloomberg,
Faculty of Nursing,
University of Toronto
Toronto, Ontario

Se ha llevado a cabo las declaraciones de intereses y de confidencialidad por parte de todos los miembros del equipo de expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Puede encontrar más detalles a su disposición en la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario: Equipo del programa de guías de buenas prácticas

Brenda Dusek, RN, BN, MN

Team Lead
Program Manager
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Anastasia Harripaul, RN, BScN (Hons), MSc(A)

Nursing Research Associate
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Monique Lloyd, RN, PhD

Associate Director, Guideline Development,
Research and Evaluation
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Andrea Stubbs, BA

Project Coordinator
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Grace Suva, RN, MN

Program Manager
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Rita Wilson, RN, MEd, MN

eHealth Program Manager
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Sarah Xiao, RN, BNSc, MSc

Nursing Research Manager
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Agradecimientos a las partes interesadas

Se solicitaron comentarios a los partes interesadas^G que representaban diversas perspectivas, y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario quiere agradecer a las siguientes personas su contribución en la revisión de esta guía de buenas prácticas.

Michael Anciado, BSCN

Registered Nurse
Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Debbie Aylward, RN, BScN, MScN

Perinatal Consultant
Champlain Maternal Newborn Regional Program
(CMNRP)
President Canadian Association of Neonatal Nurses
Ottawa, Ontario

Krista Brecht, RN, BScN, MScN(A)

Clinical Nurse Specialist- Pain Program
McGill University Health Center
Montreal, Quebec

Jillian Brooke, RN, BSc(Hons), MCIScWH, CETN(C)

Advanced Practice Consultant – WOC
Saint Elizabeth
Belle River, Ontario

Debbie Bruder, BA, RN, MHS

Clinical Informatics Specialist
Grand River Hospital
Kitchener, Ontario

Dr. Eloise Carr, BSc (Hons), RGN, MSc, PhD

Professor
Faculty of Nursing/Faculty of Graduate Studies
Calgary, Alberta

Heidi Carr, RN, BScN, MAEd

National Director, Practice & Education
VON Canada
Halifax, Nova Scotia

Laura Davies, RN, BScN, BA

Registered Nurse
Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital
Toronto, Ontario

Sarah Derman, RN, MSN, CPE

Clinical Nurse Specialist: Pain Management
Fraser Health, Surgical Program Surrey, British
Columbia

Stephanie Dowden, RN, Paed Cert, BEd, MEd, MN(NP)

Clinical Nurse Consultant Palliative Care
Princess Margaret Hospital for Children,
Perth, Western Australia

Beverly Faubert, RN, BScN

RNAO LTC Best Practice Coordinator
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Royanne Gale, RN

Clinical Practice Manager
Red Cross Care Partners
Ontario

Misha Jadoo, RN

Registered Nurse
University Health Network
Toronto, Ontario

Cathy Kiteley, RN, MScN, CONc, CHPCNc

Clinical Nurse Specialist
Trillium Health Partners, Credit Valley Site,
Oncology and Palliative Care
Mississauga, Ontario

Charlotte Koso, RN, BN, CHPCN(C)

Director Program Planning and Innovation
Red Cross Care Partners
Waterloo, Ontario

Jeff Myers, MD, MEd, CCFP

Head, Division of Palliative Care,
Department of Family and Community Medicine,
Faculty of Medicine,
University of Toronto
Toronto, Ontario

Janice Rae, RN, MN

Clinical Nurse Specialist
Alberta Health Services, Calgary Zone Foothills Medical
Centre
Calgary, Alberta

Kathy Reid, RN, MN, NP

Nurse Practitioner,
NP Pediatric Chronic Pain Clinic, Co-Chair – Pediatric
Pain Management Committee,
Stollery Children’s Hospital Edmonton, Alberta

Jennifer Rizan, RN(EC), MAEd, MN-NP (Adult)

CNS/NP in Pain Management
Lakeridge Health Oshawa, Ontario

**Yvonne Rowe Samadhin, RN, BScN, MN,
CHPCN(C)**

Advanced Practice Nurse, Palliative Care
Mississauga Halton Community Care Access Centre
Mississauga, Ontario

Jason Sawyer, RN-EC, BScN, MN, (BC)

Board Certified-Pain Management
Nurse Practitioner, Acute Pain Service Sunnybrook
Health Sciences Centre Toronto, Ontario

Joshua Shadd, MD, CCFP, MCISc

Assistant Professor
Centre for Studies in Family Medicine,
Department of Family Medicine, Schulich School
of Medicine and Dentistry Western University
London, Ontario

Christine H St-Denis, RN, BSc, BScN

Registered Nurse
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Kenny Tam, RN, BN, MN

Pain Management Coordinator
Trillium Health Partners, Mississauga Hospital Site
Mississauga, Ontario

Tarnia Taverner, PhD, MSc, RN

Assistant Professor
University of British Columbia, School of Nursing
Vancouver, British Columbia

Rosemary Wilson, RN(EC), PhD

Assistant Professor, Nurse Practitioner
Queen’s University, School of Nursing
Department of Anesthesiology and Perioperative
Medicine Kingston General Hospital,
Hotel Dieu Hospital
Kingston, Ontario

Nahal Yazdani, RN, BScN

Registered Nurse
Roger’s House
Ottawa, Ontario

Lynne E. Young, PhD, RN

Professor
University of Victoria School of Nursing
Victoria, British Columbia

Miembros del equipo de traducción de las guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD
Coordinadora científica
Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España

Esther González María, RN, MSc, PhD cand.
Coordinadora científica
Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate
Coordinadora técnica
Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud III, España

Equipo de traducción

Marta López González
Coordinadora de traducción
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense Madrid, CES Felipe II

María Nebreda Represa
Coordinadora de traducción
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad de Valladolid

Paula García Manchón
Traductora responsable de proyectos Licenciada en Traducción e Interpretación. Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

Juan Diego López García
Traductor responsable de proyectos
Ldo. en Traducción e Interpretación
Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y
Universidad de GranadaHealth Sciences Centre
Toronto, Ontario

Colaboración externa traducción

Elena Morán López

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Clara Isabel Ruiz Ábalo

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Jaime Bonet

Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Carmen Martínez Pérez-Herrera

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Francisco Paredes Maldonado

Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y traducción. Universidad de Orléans (Francia)

Aimón Sánchez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)

Pilar Mesa, DUE

Facultad de Enfermería
Universidad de Córdoba

Juan Carlos Fernández

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears

Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate
Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii, Instituto de Salud Carlos III, España

Pablo Uriel Latorre, DUE
Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,
A Coruña, España

Montserrat Gea Sánchez, DUE, PhD candidate
Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis
Sanitaris. Lleida.

Ana Craviotto Vallejo, DUE
Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid,
España.

Raquel Sánchez, DUE
Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Iosune Salinas
Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Blears, España.

Antecedentes

¿QUÉ ES EL DOLOR?

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial o descrito en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain [IASP], 2012a). Esta definición reconoce tanto la experiencia fisiológica como la naturaleza afectiva del dolor. El dolor puede ser clasificado en diferentes tipos:

a) dolor nociceptivo^G se considera una señal de advertencia originada por un daño real o potencial del tejido no neuronal que desencadena la activación de los nociceptores en un sistema nervioso con funcionamiento normal; o

b) dolor neuropático^G es una descripción clínica del dolor que se cree que es causado por el daño de una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial que se confirma por las pruebas diagnósticas.

También, las categorías de dolor se pueden basar en la localización de la lesión (somática y visceral), el diagnóstico (dolor de cabeza) o la duración (aguda, persistente). Una persona puede experimentar al mismo tiempo tanto dolor nociceptivo (como el de una intervención quirúrgica), como el dolor neuropático (por ejemplo, la neuropatía diabética) (IASP, 2012a).

A nivel mundial, el dolor que no se alivia o mal gestionado es una carga para la persona, el sistema de salud y la sociedad; y el dolor es una preocupación durante toda la vida (Lynch, 2011). Choinière et al. (2010) y Schopflocher, Taenzer, y Jovey (2011) La Hoja informativa sobre el dolor de la Canadian Pain Coalition` en Canadá (2012) dice que uno de cada cinco canadienses tienen dolor persistente de moderado a grave (dolor crónico), y un tercio de esas personas han perdido la capacidad de trabajar a causa del impacto significativo del dolor en su salud y en la calidad de la vida^G.

Stanford, Chambers, Biesanz, y Chen (2008) observaron que del 15 a 30 por ciento de los niños y adolescentes experimentan dolor persistente o recurrente; el "dolor de cabeza" es el tipo de dolor que más describen. Huguet y Miro (2008) observaron que un 5,1 por ciento de los niños que describieron la experiencia del dolor persistente, éste fue en niveles de moderados a severos. King et al. (2011) y von Baeyer (2011) describieron que cuando se tienen en cuenta la intensidad del dolor y la discapacidad relacionada con el dolor, entre el 5 y el 15 por ciento de los niños requieren ayuda para manejar su dolor y los problemas relacionados con el dolor. Se ha demostrado que el dolor persistente interfiere con las actividades diarias, el estado de ánimo y el sueño de los niños; también puede causar depresión, ansiedad y problemas de desarrollo (American Medical Directors Association [AMDA], 2012; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2008; von Baeyer, 2011).

Se ha demostrado que la prevalencia del dolor persistente aumenta con la edad; y se ha identificado el dolor persistente en aproximadamente el 65 por ciento de la población de personas mayores (> 65 años de edad) que viven en su comunidad y en el 80 por ciento de las personas mayores que viven en centros de cuidados a largo plazo (Hadjistavropoulos et al., 2009; Lynch, 2011). Ramage-Morin y Gilmour (2010) describieron que 1.5 millones de canadienses (el 9 por ciento de los hombres y el 12 por ciento de las mujeres) de entre 12 y 44 años sufren dolor persistente. Se ha identificado el dolor persistente no tratado en las personas con cáncer y con neuropatías relacionadas con el VIH (Deandrea, Montanari, Moja, & Apolone, 2008; Phillips, Cherry, Moss, & Rice, 2010).

El manejo inadecuado del dolor es evidente en todas las edades. Las encuestas siguen mostrando que el dolor en neonatos está mal gestionado durante los procedimientos invasivos en las unidades de cuidados intensivos a pesar de que existe evidencia que apoya estrategias efectivas para el manejo del dolor (Johnston, Barrington, Taddio, Carbajal, & Fillion, 2011). Una encuesta reciente en los niños (N = 3822) ingresados en 32 unidades en ocho hospitales pediátricos canadienses observó que el 78,2 por ciento de ellos habían sufrido al menos un procedimiento doloroso en las últimas 24 horas, pero sólo el 28,3 por ciento de los niños recibieron una intervención de manejo del dolor (Stevens et al., 2011). El manejo inadecuado del dolor después de una cirugía se convierte en un problema de dolor persistente en el 19 al 50 por ciento de los adultos (Andersen & Kehlet, 2011).

La gestión eficaz del dolor es un derecho de la persona y la valoración, la intervención, el seguimiento, la prevención y la reducción del dolor debe ser una de las principales prioridades en los cuidados de una persona, independientemente de su diagnóstico o el tipo de dolor (Jarzyna et al., 2011). La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) trabaja para ampliar el conocimiento de los profesionales de la salud cada año, centrándose en un tipo específico de dolor o un problema relacionado. Por ejemplo, en 2013, la IASP se centró en el dolor visceral, que es la forma de dolor que se asocia con más frecuencia a enfermedades como los cálculos biliares, la pancreatitis aguda, la apendicitis aguda, los problemas de vejiga y ginecológicos. Más información sobre la iniciativa de la IASP, el año mundial en contra del dolor, disponible en:

http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=About_IASP3&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1608.

El dolor persistente supone una carga física, emocional y socioeconómica para la persona con dolor o con riesgo de cualquier tipo de dolor y para sus familias o cuidadores (Pompili et al., 2012). El dolor es muy subjetivo y multidimensional y posee componentes sensoriales, cognitivos y afectivos (IASP, 2012a). El manejo del dolor debe estar centrado en la persona, ser multidimensional e integral, teniendo en cuenta los factores biopsicosociales, espirituales y culturales que afectan a la persona. El manejo del dolor debe ser un esfuerzo del equipo interprofesional (Cancer Care Ontario, 2008; Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI], 2009). Se requieren enfermeras que intervengan dentro de su ámbito de la práctica en relación con el autoinforme del dolor de una persona, y trabajar con la persona para manejar el dolor de manera apropiada. Eso significa que las enfermeras deben tener las competencias para valorar y manejar el dolor, incluyendo el conocimiento y las habilidades en técnicas de la entrevista, y la capacidad de valorar físicamente y gestionar el dolor en personas que no son capaces de expresarlo (Herr, Coyne, McCaffery, Manworren, & Merkel, 2011; Wuhrman & Cooney, 2011).

El equipo de expertos de la guía Valoración y manejo del dolor de la RNAO han desarrollado estos principios rectores para esta edición de la guía:

Toda persona tiene el derecho a esperar:

- Que su dolor sea reconocido y respetado.
- La mejor valoración y manejo posibles, personalizados y basados en la evidencia, incluyendo los componentes biopsicosociales relevantes.
- La información continua y la educación acerca de la valoración y manejo del dolor.
- La implicación como participante activo en sus propios cuidados en colaboración con el equipo interprofesional.
- La comunicación y documentación entre los miembros de los equipos interprofesionales que participan en su cuidado para monitorizar y controlar el dolor.

Nuestro equipo de expertos reconoció que algunos entornos carecen de recursos para hacer todo lo que la evidencia sugiere en relación con el manejo del dolor complejo. En consecuencia, esta guía ofrece recomendaciones sobre los cuidados basados en la evidencia, para que las enfermeras y otros profesionales de la salud la puedan utilizar según convenga para sus clientes. Los equipos de cuidados de salud interprofesionales deben trabajar en estrecha colaboración con las personas, sus familias y los cuidadores, para hacer frente a la forma de vida compleja, el autocuidado y las múltiples demandas de tratamiento que pueden afectar a los esfuerzos para prevenir o controlar el dolor. Reconocemos que algunos niveles de cuidados del dolor no siempre estarán al alcance de todos. En algunos lugares, por ejemplo, puede que no haya un especialista en dolor, y algunas intervenciones de manejo del dolor pueden no estar disponibles o al alcance de todos. Las enfermeras pueden influir positivamente en la valoración y manejo del dolor mediante la promoción y la participación en los equipos de salud interprofesionales siguiendo estas guías de buenas prácticas.

Recomendaciones para la práctica

1.0 VALORACIÓN

RECOMENDACIÓN 1.1:

Detectar la presencia, o riesgo, de cualquier tipo de dolor:

- Al ingreso o consulta con un profesional sanitario;
- Después de un cambio en la situación clínica; y
- Antes, durante y después de un procedimiento

Nivel de evidencia = Ib

Discusión de la evidencia:

Detección del dolor

Las enfermeras tienen un papel importante en la detección del dolor. Un informe sobre un ensayo controlado aleatorio describió que la detección del dolor es fundamental para un manejo eficaz del dolor (Cancer Care Ontario, 2008; Dewar, 2006; Schofield, O'Mahony, Collett, & Potter, 2008). Aunque otros profesionales de la salud están directa o indirectamente involucrados en la valoración y manejo del dolor de las personas, las enfermeras tienen un mayor contacto con las personas que reciben cuidados. Esta relación coloca a las enfermeras en una posición única para detectar el dolor, y, si la detección es positiva, para continuar con una valoración exhaustiva de la experiencia del dolor de la persona.

Al llevar a cabo una detección del dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor es importante para la enfermera preguntar directamente sobre el dolor en lugar de asumir que la persona, su familia o cuidadores podrán de forma voluntaria hablar de él (American Medical Directors Association [AMDA], 2012; Royal College of Physicians, British Geriatrics Society and British Pain Society, 2007). El dolor es subjetivo y las personas pueden tener dificultades para describir su malestar y suelen utilizar, a menudo, otros términos para expresar su dolor (IASP, 2012a; Schofield et al., 2008). En la guía de la Asociación Americana de Directores Médicos (AMDA, por sus siglas en inglés), Manejo del dolor en los cuidados a pacientes crónicos (2012, p. 8), se esbozan las preguntas que se pueden adaptar a cualquier población y se utiliza para detectar el dolor en las personas que son capaces de expresar su propio dolor, como:

1. "¿Siente algún dolor o dolor ahora?"
2. "¿Le duele alguna parte del cuerpo?"
3. "¿Tiene alguna molestia?"
4. "¿Ha tomado algún medicamento para el dolor?"
5. "¿Tiene usted algún dolor o molestia que se mantiene durante la noche?"
6. "¿Ha tenido problemas con alguna de sus actividades normales del día a día?"
7. "¿Cómo de intenso es el dolor?"

En las valoraciones de rutina se debe considerar:

1. En la admisión o en la visita con un profesional de la salud:

Es importante para detectar el dolor en cada ingreso en una institución de salud (agudos o crónicos) o en la visita a cualquier profesional de la salud; hasta que se determine que el dolor no es un objetivo de cuidados (AMDA, 2012; Cancer Care Ontario, 2008; RNAO, 2007).

2. Después de un cambio en el estado de salud:

El nivel de dolor y la intensidad del dolor experimentado por una persona puede fluctuar con el tiempo como ocurre con el estado de salud y con los problemas médicos, especialmente con los problemas de salud crónicos como el cáncer, el dolor no oncológico persistente, la artrosis, la fibromialgia o la edad avanzada (AMDA, 2012; Cancer Care Ontario, 2008; Cornally & McCarthy, 2011; RNAO, 2007; Spence et al., 2010).

3. Antes, durante y después de un procedimiento:

Las personas están en riesgo de sufrir dolor agudo si se someten a procedimientos que se sabe producen dolor, como procedimientos que suponen cisuras en la piel, la inmunización, la cirugía o la inserción de un tubo de drenaje o su retirada (Herr, Bursch, Miller, & Swafford, 2010; Hutson, 2009; Taddio et al., 2010).

El dolor neuropático puede ser un reto en el diagnóstico para el equipo interprofesional. Una persona está en riesgo de sufrir dolor neuropático si él o ella, experimenta una lesión en el sistema nervioso central o periférico debido a un traumatismo o a enfermedades como la esclerosis múltiple y el ictus. Es importante la detección temprana por parte del equipo interprofesional porque el diagnóstico del dolor neuropático puede requerir mayor investigación para facilitar su manejo precoz (Bennett et al., 2007). Existen cuestionarios de detección del dolor neuropático que incorporan los signos y síntomas de la persona, incluida la Escala del dolor S-LANSS (Self-Report Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs, S-LANSS, por sus siglas en inglés) (Bennett, Smith, Torrance, & Potter, 2005) y el Cuestionario DN4 (Douleur Neuropathique 4, DN4 por sus siglas en francés) (Bouhassira et al., 2005). Ambos son breves y fáciles de usar, y se ha establecido la fiabilidad y la validez de los dos.

RECOMENDACIÓN 1.2:

Realizar una valoración integral del dolor en las personas a las que se les haya detectado la presencia de dolor, o el riesgo de cualquier tipo de dolor utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas apropiadas.

Level of Evidence = Ib

Discusión de la evidencia:

Los ensayos controlados aleatorios observaron una mejora de la satisfacción de la persona y del equipo interprofesional con el manejo del dolor cuando se llevan a cabo valoraciones integrales del dolor (Goldberg & Morrison, 2007). El desarrollo de prácticas y competencias a cerca de la valoración del dolor está respaldado por la Sociedad Canadiense del Dolor (2010), la Acreditación de Canadá (2011) y las Asociación Canadiense de Enfermeras (CNA, por sus siglas en inglés) y el Examen de Competencias de Enfermeras de Canadá (2012-2015) (Watt-Watson et al., 2013).

Una persona a la que se le ha detectado la presencia de dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor requiere de un enfoque integral y sistemático en la valoración del dolor que aborde:

- la historia de dolor previa;
- las características sensoriales del dolor (la intensidad, la calidad, las características temporales, la ubicación y lo que hace que el dolor mejore o empeore);
- el impacto del dolor en las actividades de la vida diaria (la capacidad para trabajar, dormir, experimentar placer);
- el impacto psicosocial del dolor en sí mismo o en otros (depresión, económico), y
- las intervenciones utilizadas en el pasado que resultaron efectivas para controlar el dolor (AMDA, 2012; Dewar, 2006; Goldberg & Morrison, 2007; Ontario Cancer Symptom Management Collaborative [OCSMC], 2010; Royal College of Physicians et al., 2007; SIGN, 2008).

El dolor es un fenómeno multidimensional, subjetivo, y expresarlo es la manera más válida para valorar el dolor si la persona es capaz de comunicarse (Cancer Care Ontario, 2008; OCSMC, 2010; RNAO, 2007; Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society, 2007; SIGN, 2008). Las enfermeras deben utilizar un enfoque coherente y sistemático para explorar y valorar el dolor. La Figura 1 describe un acrónimo que utiliza la regla nemotécnica OPQRSTUV para ayudar a las enfermeras y profesionales de la salud a explorar y valorar a las personas a las que se les ha detectado dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor y es capaz de comunicarlo (OCSMC, 2010).

Figura 1. Valoración adaptada del dolor con la utilización del acrónimo O, P, Q, R, S, T, U y V, por sus siglas en inglés

APARICIÓN	¿Cuándo comenzó? ¿Cuánto tiempo dura? ¿Con qué frecuencia se presenta?
PROVOCADO/ PALIATIVO	¿Qué lo provoca? ¿Qué hace que mejore? ¿Qué hace que empeore?
CALIDAD	¿Cómo es el dolor? ¿Puede describirlo?
REGIÓN/ IRRADIACIÓN	¿Dónde localiza el dolor? ¿Se extiende hacia alguna zona?
GRAVEDAD	¿Cuál es la intensidad del dolor? (En una escala de 0 a 10, donde 0 es nada y 10 es el peor dolor posible)
DURACIÓN/ TRATAMIENTO	¿El dolor es constante? ¿Aparece y desaparece? ¿Empeora en un momento determinado? ¿Qué medicamentos y tratamientos está utilizando actualmente? ¿Cómo son de efectivos? ¿Tiene algún efecto secundario a raíz de la medicación y tratamientos?
COMPRENSIÓN/ IMPACTO EN USTED	¿Cuál cree que es la causa del dolor? ¿Hay otros síntomas dolor? ¿Cómo es este dolor que le afecta a usted y a su familia?
VALORES	¿Cuál es su objetivo en relación con este dolor? ¿Cuál es su meta de comodidad o el nivel aceptable de dolor? (En una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia y 10 indicando el peor dolor posible)? ¿Hay otros puntos de vista o sentimientos acerca de este dolor que sean importantes para usted o su familia? ¿Hay algo más que le gustaría decir acerca de su dolor que no se haya analizado o no se le haya preguntado?

REFERENCIAS:

1. Roberts D., McLeod, B. (2004) Hospice Palliative Care Symptom Assessment Guide and Guideline for Use of the Form. In: Fraser South Health Region, Editor, (1st ed.): Fraser South Health Region.
2. Jarvis, C., Thomas, P., Strandberg, K. (2000). The Complete Health History. Physical examination and health assessment (3rd ed.), 79-102.
3. McCaffery, M., Pasero, C. (1999). Assessment. Pain: Clinical Manual (2nd ed.). St. Louis: Mosby, 35-102.
4. Pain – General Information. (2000). In: Neron A, Editor. Care Beyond Cure A Pharmacotherapeutic Guide to Palliative Care: Pharmacy Specialty Group on Palliative Care – Canadian Society of Hospital Pharmacists in collaboration with Sabex Inc., 5-8.
5. Bates, B. P., Benjamin, R., Northway, D.I. (2002). PQRST: A mnemonic to communicate a change in condition. Journal of the American Medical Directors Association, January/February, 3(10), 23-5.
6. Foley, K. M. (2005). Acute and Chronic cancer pain syndromes. In: Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. I., Calman, K., Editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine (3rd ed.). Oxford, England: Oxford University Press, 298-316.
7. Downing GM. Pain – Assessment. In: Downing GM, Wainwright W, editors.(2006). Medical Care of the Dying (4th ed.). Victoria, British Columbia. Canada: Victoria Hospice Society Learning Centre for Palliative Care, 119-58.
8. Part I Physical Symptoms. In: Peden J, deMoissac D, MacMillan K, Mushani-Kanji T, Editors. (2006). 99 Common Questions (and more) about hospice palliative care. A nurse's handbook (3rd Ed.). Edmonton, Alberta: Regional Palliative Care Program, Capital Health, 2-96.
9. Muir J. Unrelieved Pain. Nursing B.C. 2006, October, 38(4), 22-5.

Figura 1. Noae: Adaptado de "Symptom Assessment Acronym 'OPQRSTUV'", en Fraser Health Authority, 2012, Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Recuperado de <http://www.fraserhealth.ca/home/>.

Otras consideraciones en la valoración del dolor:

Una valoración del dolor puede ser más completa e individualizada si se conoce a la persona y teniendo en cuenta sus rasgos o características (McAuliffe, Nay, O'Donnell, & Fetherstonhaugh, 2009). Las enfermeras deben ser conscientes de que una valoración integral del dolor se ve influida por factores como la enfermedad o el nivel de discapacidad de la persona (es decir, el dolor se experimenta en múltiples áreas), la edad, la etapa del desarrollo, el nivel de educación o el estado cognitivo, la capacidad para comunicarse, culturaG, la etnia, la biología, las experiencias previas de dolor y la reticencia para expresar el dolor (Brown, McCormack, & McGarvey, 2005; Curry-Narayan, 2010; Dewar, 2006; Shepherd, Woodgate, & Sawatzky, 2010). La espiritualidad también debe tenerse en cuenta, ya que puede influir en las creencias y conductas en relación con el dolor de una persona. Es importante para las enfermeras valorar si esos factores pueden influir en cómo una persona expresa su dolor y si busca ayuda. (Curry Narayan, 2010).

Herramientas para expresar el dolor unidimensionales y multidimensionales:

Es importante la utilización de herramientas para valorar el dolor que pueden ser fácilmente entendidas por la persona y su familia o cuidadores (McAuliffe et al., 2009; Royal College of Nursing [RCN], 2009). La herramienta que seleccione la enfermera dependerá de las características de las personas, incluyendo la edad, la capacidad de verbalización, el estado de salud, el nivel cognitivo y de desarrollo, la alfabetización, la capacidad de comunicarse, la cultura y la etnicidad (Brown et al., 2005; Curry Narayan, 2010; Dewar, 2006; McAuliffe et al. 2009; Schofield et al., 2008; Zhou, Roberts, & Horgan, 2008). Una escala del dolor desarrollada para niños en estado agudo puede que no sea apropiada para adultos con problemas crónicos. A la persona que está siendo valorada se le debe explicar la herramienta que se le está aplicando (RCN, 2009). Muchas de las herramientas de valoración del dolor se han traducido y validado para su uso en diferentes idiomas.

La valoración integral incluye la determinación de la calidad y la gravedad (intensidad) del dolor. Los instrumentos para expresar el propio dolor pueden ser unidimensionales, centrándose sólo en un aspecto del dolor como la intensidad (escala numérica del dolor [NRS 0-10], la escala categórica del dolor o escala revisada de caras) o multidimensional (Cuestionario breve del dolor [BPI] o el Cuestionario del dolor McGill versión corta [MPQ-SF]). Las herramientas multidimensionales son particularmente útiles cuando se requiere una valoración más

completa del dolor. La Tabla 1 resume los criterios utilizados normalmente para seleccionar una herramienta de valoración del dolor validada. Consulte el Anexo E, en el que enumera las herramientas validadas de valoración del dolor (unidimensionales y multidimensionales) para las poblaciones/grupos específicos. La tabla describe brevemente los indicadores de dolor, los componentes de la herramienta y cualquier consideración especial.

Tabla 1. Selección de una herramienta de valoración del dolor

Las herramientas de valoración del dolor deben ser:

- Fiable – puntuaciones coherentes y confiables, sin importar el tiempo, la institución o por quién sea administrada la medida.
- Válida – El grado en que la evidencia y la teoría apoyan la interpretación de las puntuaciones:
el instrumento mide realmente el objetivo previsto (dolor) para el que fue creada la medida.
- Sensible – capaz de detectar cambios en el dolor debido a las intervenciones de manejo del dolor implantadas.
- Factible – simple y rápido de utilizar, lo que requiere un tiempo corto de entrenamiento y son fáciles de administrar y puntuar.
- Práctica – valoración de diferentes tipos de dolor cuando sea posible; algunas herramientas (como aquellas para el dolor neuropático) son muy específicas.

La herramienta debe ser también:

- Apropiaada respecto a su desarrollo y culturalmente para la población a la que se ha diseñado;
- Disponible en varios idiomas o fácilmente traducible;
- Fácil y rápida de comprender para la persona;
- Que le guste a las personas, a los profesionales de la salud y a los investigadores que lo utilizan;
- Fácil de obtener, reproducir y distribuir, y
- Capaces de ser desinfectados si los toca más de una persona.

Desarrollado por el equipo de expertos de la RNAO

Para los niños, el dolor anterior debería valorarse utilizando las aportaciones de ambos, el niño y sus padres o cuidadores (RCN, 2009). La Tabla 2 ilustra un enfoque para la obtención de una historia del dolor en los niños (que puede ser adaptado para su uso en adultos).

Tabla 2. Historia del dolor en niños con dolor agudo

PREGUNTAS PARA EL NIÑO	PREGUNTAS PARA LOS PADRES
Dime qué es el dolor	¿Qué palabra(s) dice su hijo respecto al dolor?
Háblame del dolor que has tenido antes	Describe las experiencias del dolor que ha experimentado su hijo antes.
¿Le dices a los demás cuándo te duele? En caso afirmativo, ¿a quién?	¿Su hijo le dice a usted o a otros cuándo siente dolor?
¿Qué es lo que quieres hacer por ti mismo cuando tienes dolor?	¿Cómo sabe cuando su hijo tiene dolor?
¿Qué es lo que quieres que otros hagan por ti cuando tienes dolor?	¿Cómo reacciona su hijo normalmente ante el dolor?
¿Qué quieres que los demás no hagan por ti cuando tienes dolor?	¿Qué hace usted por su hijo cuando tiene dolor?
¿Qué te ayuda a aliviar el dolor?	¿Qué hace su hijo, él o ella misma, cuando tiene dolor?
¿Hay algo especial que quieres que sepa cuándo tienes dolor? (En caso afirmativo, haga que el niño describa)	¿Qué es lo que mejor funciona para disminuir o quitar el dolor de su hijo?
	¿Hay algo especial que usted quisiera que yo supiera sobre su hijo y el dolor? (En caso afirmativo, descríbalos).

Nota. De "Pain Assessment," by J. Stinson, 2009, en A. Twycross, S. Dowden & E. Bruce (Eds.), *Managing Pain in Children: A Clinical Guide* (2nd ed.), p. 86. Recuperado en [http://books.google.ca/books?id=DO91eoZ2xgMC&pg=PA86&dq=Hester+%26amp;+Barcus+1986;+Hester+et+al.+1998\)+childs+questions&hl=en&sa=X&ei=OrCjUNjkO-KniQKV5IDQQAQ&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=Hester%20&f=false](http://books.google.ca/books?id=DO91eoZ2xgMC&pg=PA86&dq=Hester+%26amp;+Barcus+1986;+Hester+et+al.+1998)+childs+questions&hl=en&sa=X&ei=OrCjUNjkO-KniQKV5IDQQAQ&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=Hester%20&f=false). Copyright 2009 by Blackwell Publishing Ltd. Reprinted with permission.

NOTA: Los niños con dolor persistente requieren una historia de dolor más detallada que incluye:

- una descripción del dolor,
- síntomas asociados,
- variaciones temporales o estacionales,
- impacto en la vida diaria (escuela, deporte, juego y cuidado de sí mismo), y
- medidas de alivio del dolor utilizadas.

Algoritmos y compendios de cuidados⁶:

Los algoritmos y los compendios de cuidados de buenas prácticas (es decir, pequeños conjuntos de prácticas basadas en la evidencia para mejorar los resultados conocidos) ayuda en la valoración del dolor en poblaciones especiales, como los niños con dolor agudo o persistente (The Hospital for Sick Children, Pain Matters Working Group [Leads: F. Campbell & L. Palozzi], 2013), el dolor en adultos (Schofield et al., 2008) y los adultos en estado crítico (Barr et al., 2013). Varios ejemplos de estos se ofrecen en los anexos. Consulte el Anexo F, donde se ofrece un algoritmo para valorar el dolor en niños hospitalizados; el Anexo G, detalla un algoritmo para valorar el dolor en los adultos con cáncer. Consulte el Anexo H, que presenta un compendio de cuidados para valorar y manejar el dolor en adultos en estado crítico.

Las herramientas validadas de autoinforme del dolor, los algoritmos y los compendios de cuidados orientan de forma eficaz la valoración del dolor. Las enfermeras son responsables de interpretar con precisión la valoración y actuar sin demora sobre los resultados. Consulte el Anexo D, que contiene una lista de páginas web con recursos en relación con la valoración y manejo del dolor.

RECOMENDACIONES 1.3:

Realizar una valoración integral del dolor en personas incapaces de expresar su propio dolor utilizando una herramienta validada.

Nivel de evidencia = III

Discusión de la evidencia:

No todo el mundo es capaz de hablar de su dolor. Las personas que son incapaces de hablar o de expresar su propio dolor pueden ser:

- Los recién nacidos, lactantes y niños preverbales;
- Las personas mayores con deterioro cognitivo (como la demencia avanzada);
- Las personas con discapacidad intelectual;
- Enfermos críticos o personas inconscientes, y
- Personas con enfermedades terminales (Herr et al., 2011).

Es importante comprender que la incapacidad para describir el dolor no significa que la persona no lo esté experimentando. La valoración del dolor en las personas que son incapaces de expresarlo es fundamental para unos cuidados adecuados (Herr et al., 2011; IASP, 2012b).

Estos son los pasos a seguir cuando alguien no puede expresar su propio dolor:

- 1) Tratar de que la persona lo describa.

Siempre es importante determinar si la expresión de su propio dolor es posible, permitiendo a la gente el tiempo suficiente para responder (Herr et al., 2011). Una respuesta simple de sí o no, o señales de comportamiento como asentir o señalar en la herramienta de valoración para indicar la presencia o ausencia de dolor es una forma válida de describir el dolor para una persona.

- 2) Si una persona no es capaz de expresarse, confíe en los indicadores de comportamiento o en las escalas de comportamiento de dolor validadas para la población específica a la que pertenece y en el contexto.

Se recomiendan las escalas de comportamiento de dolor cuando no sea posible la expresión de su propio dolor (Herr et al., 2011). La enfermera debe seleccionar una escala de dolor que haya sido validada para su uso en la población objetivo y en el contexto específico (Streiner & Norman, 2008). En los anexos se proporcionan varios ejemplos de herramientas o escalas de valoración del comportamiento del dolor. Consulte el Anexo I, Consulte el Anexo I, donde se proporcionan ejemplos de herramientas de valoración del dolor validadas para su uso en neonatos y lactantes; el Anexo J, describe las herramientas para su uso en niños, y el Anexo K, detalla las herramientas para su utilización en adultos. Consulte el Anexo L, que presenta una herramienta de valoración del dolor validada para su uso en adultos que no pueden verbalizar, en estado crítico, y el Anexo M, que proporciona algunas herramientas validadas para su uso en personas mayores con deterioro cognitivo.

- 3) Obtener información del representante de la familia o de los cuidadores sobre el comportamiento potencial que pueda indicar dolor.

La información obtenida de personas próximas, que conocen bien a la persona, pueden ayudar a la enfermera a detectar cambios en el comportamiento que pueda indicar la presencia de dolor (Herr et al., 2011). Sin embargo, la información sobre la intensidad del dolor por parte de la familia y de los cuidadores (es decir, la Escala numérica de 0 a 10, NRS) ha demostrado ser inexacta (Herr et al., 2011; Zhou et al., 2008). Por lo tanto, es importante combinar las valoraciones de dolor de las personas allegadas con otras evidencias, como los resultados de la observación directa con escalas validadas de comportamiento del dolor, el diagnóstico de la persona, los resultados de su historia de salud y la exploración física (Herr et al., 2010; Zwakhalen, Hamers, Abu-Saad, & Berger, 2006).

- 4) Reducir el énfasis en los signos vitales, ya que no discriminan el dolor de otras fuentes de angustia (Herr et al., 2011).

Los signos vitales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria no deben ser la única fuente de información sobre la presencia de dolor. Los estudios que utilizan estos signos vitales para indicar la presencia de dolor en recién nacidos, bebés, niños, adolescentes y adultos tienen resultados contradictorios. Herr et al. (2011) describieron que los signos vitales no están necesariamente asociados con la expresión de dolor, sino que observaron que los signos vitales aumentan, disminuyen, o permanecen estables durante los procedimientos dolorosos. Los signos vitales son de fácil acceso para las enfermeras, pero sólo deben ser parte de la valoración integral del dolor de una persona (Barr et al., 2013; Herr et al., 2011).

Las herramientas de comportamiento validadas son también sólo un componente más de una valoración integral del dolor. En ausencia de la expresión del propio dolor, la interpretación de la conducta observada de una persona y la información de la familia y de los cuidadores no pueden proporcionar información sobre la presencia, la calidad y la intensidad del dolor (Herr et al., 2010). Consulte el Anexo M, que describe ejemplos de herramientas de valoración del dolor para su uso en personas mayores con deterioro cognitivo que ayuda a identificar el dolor, pero no permiten la valoración de la intensidad del dolor.

RECOMENDACIONES 1.4:

Explora las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión sobre el dolor y el manejo del dolor de la persona.

Nivel de la evidencia = IIII

Discusión de la evidencia:

Las personas con dolor tienen ciertas creencias acerca de las prácticas relacionadas con el dolor formadas a raíz de sus experiencias dolorosas anteriores, la edad, la educación, la cultura o la etnia, y el género (Bell & Duffy, 2009; Cornally & McCarthy, 2011; Watt-Watson, Stevens, Streiner, Garfinkel, & Gallop, 2001). Las creencias de una persona sobre el dolor a menudo influyen en si van a buscar ayuda para paliarlo y qué estrategias van a aceptar para su manejo (Curry-Narayan, 2010; Peter & Watt-Watson, 2002). Las dificultades surgen cuando una persona toma decisiones basadas en creencias erróneas debido a la falta de comprensión y al conocimiento incompleto sobre el dolor.

Una revisión de la literatura realizada por Al-Atiyyat (2008) pone de relieve ocho creencias y preocupaciones que impiden a las personas con cáncer expresar el dolor y tomar medicación relacionada con el dolor:

- 1) miedo a la adicción;
- 2) la preocupación por la tolerancia a la medicación;
- 3) la creencia de que los efectos adversos de los analgésicos son aún más molestos que el dolor;
- 4) el fatalismo (es decir, una actitud de resignación) sobre la posibilidad de lograr el control del dolor;
- 5) la creencia de que los "buenos" pacientes no se quejan de dolor;
- 6) el temor de que distraiga al médico del tratamiento de la enfermedad;
- 7) la creencia de que el dolor significa progresión de la enfermedad, y
- 8) miedo a las inyecciones.

A pesar de las explicaciones o la evidencia en contra, las creencias erróneas sobre el dolor a menudo son aceptadas como verdad y suponen una barrera para la valoración y el manejo del dolor de manera eficaz. Las enfermeras deben de realizar preguntas para descubrir las creencias y las preocupaciones sobre el dolor de una persona.

Las creencias erróneas sobre el dolor son comunes. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de estas creencias erróneas y hechos sobre de la valoración y tratamiento del dolor. Las tablas 3 y 4 resumen algunas creencias erróneas y hechos sobre de la valoración y manejo del dolor en los lactantes y los niños, y en los adultos y las personas mayores.

Tabla 3. Creencias erróneas y hechos sobre el dolor en lactantes y niños

CREENCIAS ERRÓNEAS	HECHOS
El sistema nervioso de los bebés es inmaduro e incapaz de percibir el dolor.	Los bebés tienen la anatomía y los requisitos funcionales para el procesamiento del dolor a desde la mitad o al final de la gestación. Los recién nacidos son capaces experimentar aspectos discriminativos sensoriales en relación con la experiencia del dolor.
Los bebés son menos sensibles al dolor que los niños más mayores y los adultos.	Los recién nacidos a término tienen la misma sensibilidad al dolor que los bebés más mayores y los niños. De hecho, los recién nacidos prematuros tienen una mayor sensibilidad al dolor que los recién nacidos a término o que los niños mayores.
Los bebés son incapaces de recordar, por lo tanto el dolor no debería tener efectos duraderos.	La exposición repetitiva al dolor puede tener efectos acumulativos y la exposición temprana a un dolor significativo puede afectar de forma permanente las percepciones de los niños y las reacciones a un dolor posterior.
<p>Los bebés deben aprender sobre la experiencia del dolor.</p> <p>Los bebés y los niños pequeños son incapaces de expresar el dolor. Si son capaces de expresar el dolor, su dolor no se puede valorar.</p>	<p>El dolor no requiere experiencia previa y no se aprende. El dolor está presente con el primer daño.</p> <p>Aunque los bebés no pueden verbalizar el dolor responden con señales de comportamiento e indicadores fisiológicos que se pueden valorar con precisión. El método más fiable en los bebés es la expresión facial. El enfoque más válido es a través del uso de una medida de dolor compuesta. Los niños de tan sólo 3 años de edad pueden usar escalas de dolor y los de 4 años de edad pueden señalar con precisión el área del cuerpo que les duele.</p>
Los opioides son más peligrosos para los bebés y los niños que para los adultos (se le denomina 'fobia opioide').	Los lactantes mayores de un mes de edad metabolizan los fármacos de la misma manera que los lactantes y los niños. La selección cuidadosa de la dosis apropiada y el horario de dosificación, así como la monitorización frecuente de los efectos deseados y no deseados, puede reducir al mínimo los posibles efectos adversos. La adicción a los opioides utilizados para tratar el dolor es extremadamente rara en niños.

(Anand, 1999; Anand & Craig, 1996; Craig, 1998; Brummelte et al., 2012; Coskun & Anand, 2000; Morrison, 1991; Pattinson & Fitzgerald, 2004; Slater et al., 2010; Stinson et al., 2006; van Dijk & Tibboel, 2012; Yaster, Krane, Kaplan, Cote, & Lappe, 1997)

Table 4. . Creencias erróneas y hechos sobre el dolor en la valoración en adultos y personas mayores

CREENCIAS ERRÓNEAS	HECHOS
Las personas deben esperar un dolor considerable que no se alivia con los procedimientos como la cirugía.	El dolor agudo severo que no se alivia tiene consecuencias fisiopatológicas que involucran los sistemas respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, inmunológico, neurológico, músculo-esquelético (Middleton, 2003) y puede causar dolor a largo plazo (Kehlet, Jensen, & Woolf, 2006).
Las personas que sufren dolor siempre tienen signos observables que son más fiables que la expresión de su propio dolor.	Las adaptaciones fisiológicas ocurren rápidamente y no deben utilizarse en lugar de expresar su propio dolor, cuando sea posible (Arbour & Gélinas, 2010).
Las personas nos dirán cuándo sufren dolor y usarán el término "dolor".	Las personas no necesariamente nos dicen cuando tienen dolor y puede que no utilicen la palabra dolor (Watt-Watson et al., 2004).
Las personas que utilizan opiáceos contra el dolor son adictos.	Los opiáceos son una intervención estándar de manejo del dolor de moderado a grave proveniente de la cirugía, el cáncer y el dolor no oncológico persistente (DNOP). Existen guías y herramientas de detección disponibles en http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/ para asegurar la prescripción y administración adecuada para el DNOP.
El dolor es directamente proporcional a la lesión de los tejidos.	El dolor es multidimensional y está influido por muchos factores de manera que la respuesta de cada persona ante el mismo tipo de cirugía, trauma o enfermedad es individual y variable (Woolf, 2004).
El dolor es una parte normal del proceso de envejecimiento y nunca puede ser muy intenso, la sensación de dolor disminuye con la edad.	El dolor persistente no es una parte normal del envejecimiento. La intensidad y la sensación de dolor no disminuyen en las personas mayores. El manejo inadecuado del dolor potencial o real en las personas mayores tiene numerosas consecuencias (McAuliffe et al., 2009; Schofield et al., 2008).
El dolor no se puede valorar en las personas mayores que tienen problemas cognitivos.	Las personas mayores con deterioro cognitivo de leve a moderado son capaces de utilizar las escalas adaptadas a sus necesidades, tales como escalas numéricas categóricas (Herr et al., 2011; McAuliffe et al., 2009; Schofield et al., 2008).

Nota. Adaptado con el permiso de "Misbeliefs about pain," by J. Watt-Watson, 1992, in J. Watt-Watson & M. Donovan (eds.), Pain management: Nursing Perspective, p. 36-58. St. Louis, MO: Mosby, Inc. Copyright Elsevier (1992).

Las personas y sus familias o cuidadores necesitan ayuda para comprender que el dolor agudo severo que no se alivia puede causar problemas de dolor a largo plazo que afectan al funcionamiento del cuerpo (respuestas funcionales sistémicas, hormonales, metabólicos, inmunológicas, fisiológicas, cardiovasculares y pulmonares) (Anand et al., 2006; Kehlet et al., 2006; Oakes, 2011; Meeker, Finnell, & Othman, 2011). Por ejemplo, se supone que el dolor se experimenta cuando una persona se somete a cirugía. La expectativa de que se produzca algún nivel de malestar con frecuencia tiene como consecuencia que las personas no pregunten a los profesionales de la salud sobre un tratamiento contra el dolor como una receta para un analgésico (Watt-Watson et al., 2004). Se necesita animar a las personas a comunicar el dolor entre moderado y severo postquirúrgico debido a que interfiere con la respiración profunda y limita el movimiento, lo que puede conducir a otros problemas de salud como la neumonía y el retraso en la recuperación. El déficit de informar sobre el dolor por parte de personas puede llevar a los profesionales de la salud a subestimarlos (Dewar, 2006; Schofield et al., 2008).

Le animamos a revisar la herramienta para la historia del dolor en niños que se presenta en la Recomendación 1.2, Tabla 2. Las preguntas de la herramienta pueden ser utilizadas por la enfermera y el equipo interprofesional para explorar los conocimientos, las creencias, las necesidades y las preocupaciones de los niños y sus padres y cuidadores con respecto al dolor y su manejo.



RECOMENDACIÓN 1.5:

Registrar las características del dolor del paciente.

Nivel de evidencia = IIa

Discusión de la evidencia:

Los hallazgos en la detección y valoración deben ser documentados y comunicados a todos los involucrados en el cuidado de la salud de una persona para la prevención y manejo óptimo del dolor (Crowe et al., 2008). La detección y valoración integral del dolor proporciona tanto datos subjetivos como objetivos, provenientes de la expresión del propio dolor y de las herramientas de valoración. Esta información acerca de las características del dolor de la persona (por ejemplo, la historia del dolor; las características sensoriales [intensidad, calidad, características temporales, la ubicación y lo que hace que el dolor mejore o empeore]; los impactos del dolor en las actividades de la vida diaria; los impactos psicosociales; las creencias culturales y las intervenciones eficaces utilizadas para manejar el dolor), si se documenta y comunica, puede ayudar al equipo a realizar juicios clínicos efectivos sobre el estado de dolor de una persona y crear un plan individualizado de cuidados para prevenir o minimizar el dolor (Curry Narayan, 2010; RNAO, 2007). En el seguimiento, esta información también proporciona datos de referencia para comparar los resultados de las nuevas valoraciones futuras.

2.0 PLANIFICACIÓN

RECOMENDACIÓN 2.1:

Colaborar con la persona a identificar sus metas para el manejo del dolor y las estrategias adecuadas para garantizar un enfoque integral para el plan de cuidados.

Nivel de la evidencia = Ib

Discusión de la evidencia:

Es importante prevenir, anticipar y manejar el dolor siempre que sea posible. Las intervenciones para manejar el dolor deberían tratar de reducir la intensidad del dolor y como objetivo mejorar la función, el sueño y la calidad de vida en general (LeFort, Gray-Donald, Rowat, & Jeans, 1998; Moulin et al., 2007). Un plan de manejo del dolor debe basarse en los resultados de la valoración de la persona e incorporar los objetivos de la persona y las estrategias efectivas y adecuadas para el manejo del dolor (American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons [AGS], 2009; Dewar, 2006; RNAO, 2007; SIGN, 2008).

Las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor deben participar en las decisiones acerca de las intervenciones propuestas para manejar el dolor, y las estrategias adoptadas en el plan de cuidados deben adaptarse para cumplir los objetivos de la persona (necesidades y prioridades) y preferencias (Schofield & Reid, 2006). Los ensayos controlados aleatorios describieron resultados significativos cuando las enfermeras, el equipo

interprofesional y la persona y su familia y cuidadores colaboran en el desarrollo de un enfoque integral de manejo del dolor en combinación con las intervenciones farmacológicas (enfoque multimodal analgésico) y las intervenciones no farmacológicas como la fisioterapia y la psicológica (terapia cognitivo-conductual) (Cancer Care Ontario, 2008; LeFort et al., 1998; Moulin et al., 2007; National Opioid Use Guideline Group, 2010).

No es raro que las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor utilicen las terapias complementarias o alternativas, como la acupuntura, la homeopatía y la naturopatía, además de las intervenciones no farmacológicas convencionales, como la fisioterapia o la terapia psicológica. Brown et al. (2005) sugieren que los profesionales de la salud consideran que el uso de ambas estrategias no farmacológicas tradicionales y no tradicionales para optimizar el manejo del dolor persistente ayuda a reducir la intensidad del dolor y reduce al mínimo la cantidad de intervención farmacológica requerida (AGS, 2009; AMDA, 2012). Es importante discutir las opciones preferidas sobre el manejo del dolor farmacológico y no farmacológico para determinar lo que pretende o son capaces de utilizar y animarles a cumplir con las intervenciones adecuadas (Curry-Narayan, 2010). Cuando una persona no es capaz de participar en las discusiones (es decir, bebés, niños o personas con deterioro cognitivo), sus familiares y cuidadores podrían abogar por intervenciones adecuadas para manejar el dolor en base a lo que saben acerca de la persona y de su situación.

RECOMENDACIÓN 2.2:

Establecer un plan integral de cuidados que incorpore los objetivos de la persona y del equipo interprofesional y que contemple:

- Evaluación de los resultados;
- Las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión de la persona; y
- Las características personales y las características del dolor.

Nivel de evidencia= III

Discusión de la evidencia:

El establecimiento de un plan de manejo del dolor en base a los hallazgos de la valoración y la incorporación de las creencias y los objetivos de la persona es importante para minimizar el dolor y la angustia (Curry Narayan, 2010; RNAO, 2007).

Después de la colaboración para determinar los objetivos y las preferencias de la persona respecto a las estrategias de manejo del dolor propuestas (es decir, la voluntad o la intención de utilizarlas), el equipo interprofesional debe tener en cuenta el potencial de las interacciones de las terapias cruzadas. El equipo que cuida a la persona debe consultar con expertos (como un psicólogo, un psiquiatra, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y un trabajador social) al formular y aplicar combinaciones de terapias farmacológicas, físicas y psicológicas (Crowley et al., 2011; Schofield & Reid, 2006; Uman, Chambers, McGrath, & Kisely, 2006).

Se deben considerar las características de cada persona (edad, etapa de desarrollo, estado de salud, cultura) y las características del dolor antes de proponer e incorporar las estrategias a los planes de manejo del dolor (Curry-Narayan,

2010; Wilson-Smith, 2011). El dolor no tratado en los bebés y en los niños, por ejemplo, los coloca en riesgo de sufrir efectos adversos y problemas de salud y bienestar a largo plazo (Cignaccio et al., 2007; RCN, 2009; Wilson-Smith, 2011). Por lo tanto, las enfermeras deben utilizar estrategias apropiadas a la edad y al desarrollo del niño (consulte el Anexo N) para valorar y manejar su dolor (Spence et al., 2010). En la Tabla 5 se identifican algunas consideraciones clave de valoración y manejo del dolor en base a los grupos de población: los neonatos prematuros y recién nacidos; bebés y niños pequeños, y personas mayores.

Tabla 5. Dolor en poblaciones especiales

POBLACIÓN	CONSIDERACIONES CLAVE
Prematuros y recién nacidos lactantes	<p>Los recién nacidos prematuros y los enfermos están expuestos a numerosos procedimientos dolorosos durante su hospitalización. La prevención y el manejo coherente del dolor es importante para reducir los efectos adversos relacionados con procedimientos dolorosos repetidos. Al planificar la dosis del fármaco, el peso del recién nacido se debe de tener en cuenta.</p>
Los bebés y los niños pequeños	<p>Ambos, los bebés enfermos y los sanos y los niños pequeños están expuestos a múltiples procedimientos dolorosos durante la hospitalización y las vacunas de la primera infancia. Los niños pequeños no tienen la comprensión y las habilidades de afrontamiento y, a menudo, presentan altos niveles de dolor, angustia y miedo.</p> <p>El manejo eficaz coherente del dolor causado por las agujas tiene el potencial de reducir el miedo posterior a los cuidados. Las estrategias están disponibles para reducir el dolor y la angustia asociada a la vacunación en lactantes y niños.</p>
Personas mayores	<p>La persona mayor puede experimentar problemas de comunicación asociados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El subregistro de dolor, ■ Hablar un idioma diferente, y ■ Las barreras de comunicación (afasia, trastornos cognitivos como la demencia, visuales y auditivos). <p>Al planificar las intervenciones farmacológicas, deben de tenerse en cuenta el impacto de los cambios relacionados con la edad como la comorbilidad, las enfermedades coexistentes y el uso de múltiple medicación, ya que pone a la persona mayor en alto riesgo de eventos adversos relacionados con la medicación.</p>

POBLACIÓN	CONSIDERACIONES CLAVE
Personas en estado crítico	<p>Muchos de los pacientes críticamente enfermos son incapaces de expresar su propio dolor debido a múltiples factores como la ventilación mecánica, la administración de altas dosis de sedantes, y los niveles alterados de conciencia. Además de sus motivos de ingreso a menudo relacionados con el dolor, están expuestos a muchos procedimientos dolorosos durante la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos. Una alta proporción de los pacientes enfermos críticos experimentan un dolor de moderado a severo. Por lo tanto, el manejo del dolor incluye el uso de opioides, principalmente a través de la vía parenteral. La monitorización continua de los parámetros fisiológicos, es necesaria para garantizar una vigilancia adecuada de los pacientes. Por otra parte, se recomienda un enfoque multimodal, pero tiene que ser establecido cuidadosamente teniendo en cuenta el estado complejo del paciente y el uso de otra medicación. Se sugieren las intervenciones no farmacológicas también para maximizar el alivio del dolor.</p>

(AMDA, 2012; AGS, 2009; Barr et al., 2013; Herr et al., 2011; Pillai Riddell et al., 2011; Stevens et al., 2011; Taddio et al., 2010)



3.0 IMPLANTACIÓN

RECOMENDACIÓN 3.1:

Implantar el plan de manejo del dolor utilizando principios que maximicen la eficacia y minimicen los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas incluyendo:

- Un enfoque de analgesia multimodal;
- Un cambio de opioides (dosis o vías de administración) cuando sea necesario;
- La prevención, la valoración y el manejo de los efectos adversos durante la administración de analgésicos opioides; y
- Prevención, valoración y manejo de los riesgos de los opiáceos.

Nivel de evidencia = Ib

Discusión de la evidencia:

Enfoque analgésico multimodal

Los ensayos controlados aleatorios describieron la eficacia de un enfoque analgésico multimodal para el manejo del dolor.

Un enfoque analgésico multimodal o intervención farmacológica incluye analgésicos no opioides, como los fármacos antiinflamatorios no esteroideos [AINEs]; opioides (por ejemplo, morfina) y medicamentos adyuvantesG (por ejemplo, antidepresivos, anticonvulsivos, agentes anestésicos) que actúan a través de diferentes mecanismos para modular el dolor de una persona (Cancer Care Ontario, 2008; AMDA, 2012; OCSMC, 2010; SIGN, 2008; Vargas-Schaffer, 2010). Las enfermeras trabajan con el equipo interprofesional para ajustar el tipo, la dosis, la vía y la programación de medicamentos basados en la respuesta de la persona. Este tipo de enfoque maximiza la eficacia analgésica y puede reducir el consumo general de opioides, reduciendo al mínimo los efectos adversos (RNAO, 2007; Vargas-Schaffer, 2010).

Para maximizar la eficacia y minimizar los efectos adversos de un enfoque analgésico multimodal, las enfermeras deben utilizar los siguientes principios para guiar la práctica:

1. Utilice la forma más eficaz y menos invasiva de administrar analgésicos.
2. Considere la posibilidad de un enfoque analgésico multimodal para el tratamiento del dolor:
 - Utilice los no opioides para manejar dolor de leve a moderado (paracetamol o AINEs);
 - Utilice opioides en combinación con no opioides para manejar el dolor de moderado a grave, y
 - Utilice modalidades avanzadas, como la analgesia controlada por el paciente [ACP]G, epiduralG, intratecalG, y el bloqueo de nervios, que puede proporcionar una analgesia superior para manejar el dolor persistente, no maligno o dolor causado por cáncer y dolor agudo derivado de los principales procedimientos quirúrgicos o lesiones (Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine [ANZCA], 2010 Vargas-Schaffer, 2010).

En situaciones de dolor complejas, el uso rutinario de los no opioides no es excluyente y puede ser utilizado en combinación con otras modalidades.

3. Promover el programa de dosificación más eficaz, teniendo en cuenta su aparición, la duración de la medicación, efecto(s) y la vida media. La dosis óptima la analgesia es la que alivia eficazmente el dolor con unos efectos adversos mínimos.
4. Reconocer posibles contraindicaciones, como comorbilidades o interacciones fármaco-fármaco, relacionadas con la situación de salud de la persona.
5. Valorar cualquier medicación contra el dolor para lograr la máxima eficacia mientras que se minimizan los efectos adversos. La dosificación analgésica en las personas mayores requiere un ajuste cuidadoso para el alivio óptimo del dolor ya que una dosificación ajustada por edad no está disponible en todos los analgésicos (Schofield et al., 2008).
6. Anticipar y manejar los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas. Las intervenciones de enfermería deberían incluir::
 - a. Si es necesario, el iniciar el tratamiento en consulta con el equipo para controlar los efectos adversos. Las páginas web como Pain Treatment Topics <http://pain-topics.org/> y Fraser Health Hospice Palliative Care Symptom Guidelines en http://www.fraserhealth.ca/professionals/hospice_palliative_care/ están disponibles para ayudar con el manejo de los efectos adversos;
 - b. Revisar y determinar con el equipo interprofesional y la persona qué agente farmacológico o factores contribuyentes causan los efectos adversos, y
 - c. Educar a la persona y su familia y los cuidadores sobre los efectos adversos potenciales y las estrategias utilizadas para prevenir o manejar los efectos adversos, basándose en el tipo de efecto (náuseas, vómitos o estreñimiento por el uso de los opiáceos).
7. Considere la posibilidad de consultar a los equipos interprofesionales o expertos en el manejo del dolor para situaciones de dolor complejas, como:
 - a. El dolor que no responde a las intervenciones estándar de manejo del dolor;
 - b. Múltiples fuentes de dolor;
 - c. Mezcla de dolor neuropático y nociceptivo;
 - d. Antecedentes de trastornos por uso de sustancias (RNAO, 2007; 2009); y
 - e. Personas con tolerancia a los opioides sometidos a procedimientos o tener exacerbaciones de dolor.

Cambio de opioides (dosis o vías)

Los analgésicos opioides se utilizan en el tratamiento del dolor de moderado a severo y deben estar a disposición de una persona en la forma, la vía, la dosis y el horario que mejor se adapte a las necesidades de una persona (RNAO, 2007). Para optimizar el manejo del dolor, puede que se necesite cambiar la analgesia opioide. Hay muchas razones para el cambio de la medicación opioide de una persona, incluyendo la falta de disponibilidad, la ineficacia, las contraindicaciones y los efectos adversos, las preferencias o el coste.

Las tablas de conversión equianalgésica, que enumeran los analgésicos opiáceos equivalentes, están disponibles para ayudar a los profesionales de la salud a optimizar el manejo del dolor en adultos cuando hay que cambiar la

forma, la vía, la dosis y el horario del opioide analgésico. Las tablas de equianalgesia utilizan sulfato de morfina de 10 mg por vía parenteral (vía diferente a la gastrointestinal) como comparación estándar para otros analgésicos opioides alternativos y dosis para producir el efecto equivalente (RNAO, 2007). Las tablas de conversión equianalgésica son para adultos, y si la forma de los analgésicos, la ruta, la dosis u horario se va a cambiar en los niños, se necesita una supervisión cuidadosa.

Las enfermeras deben comprender los principios de la dosificación equianalgésica al cambiar los analgésicos opioides y consultar la tabla de conversión equianalgésica aprobada en su institución para garantizar que los cambios producen los efectos deseados y la igualdad en el manejo del dolor (AMDA, 2012; ANZCA, 2010; Patanwala, Keim, & Erstad, 2010; SIGN, 2008).

La prevención, valoración y manejo de los efectos adversos durante la administración de analgésicos opioides

Las enfermeras han de reconocer la variabilidad en la respuesta de cada persona a los analgésicos opioides (OCSMC, 2010; RNAO, 2007). Por ejemplo, la RNAO (2007) identifica que las enfermeras deben anticiparse y monitorizar a las personas que toman opioides en busca de efectos adversos comunes, tales como náuseas, vómitos, estreñimiento y somnolencia. Las enfermeras que trabajan con el equipo interprofesional deben prever la posibilidad de efectos adversos e implantar medidas para la prevención y manejo de los mismos.

La sedación puede ser un efecto adverso frecuente al iniciar la administración de opiáceos y al aumentar las dosis de opioides para el manejo del dolor. La sedación generalmente precede a una depresión respiratoria significativa. El aumento gradual de la sedación es una señal de alerta temprana y un indicador particularmente sensible de la depresión respiratoria inminente en el contexto de la administración de opioides (Pasero, 2009; Jarzyna et al., 2011).

Se recomiendan las valoraciones respiratorias y de sedación sistemáticas seriadas regulares (consulte el Anexo O, donde encontrará un ejemplo de valoración de la sedación y respiratoria) para valorar la respuesta de la persona durante la terapia con opiáceos y deben ser considerados con:

- Las personas que no hayan utilizado anteriormente los analgésicos opioides, sobre todo durante las primeras 24 horas después de su administración;
- El aumento de la(s) dosi(s) de opioides;
- Valoración de la agresividad de los opioides;
- El uso simultáneo de medicación que deprime el sistema nervioso central, por ejemplo, agentes sedantes, benzodiazepinas y antieméticos;
- Cambio reciente o rápido en la función de órganos vitales como la función hepática, renal o insuficiencia pulmonar;
- Cambio en la medicación opioide o la vía de administración; y
- Los factores de riesgo preexistentes para la depresión respiratoria, como la apnea obstructiva del sueño, la obesidad o la disfunción cardiopulmonar existente (Jarzyna et al., 2011).

Cuando los niños reciben la medicación opioide es muy importante valorar su estado de alerta. La Escala de sedación de la Universidad de Michigan (UMSS, por sus siglas en inglés) es un ejemplo de una herramienta diseñada específicamente para el seguimiento y la valoración de la sedación en niños. Esto permite a los profesionales de la salud reconocer cuando un niño se aproxima a un exceso de sedación. Las medidas de observación y objetivos de esta escala han sido validadas para la identificación de la sedación en niños, sin embargo, se limita a distinguir una sedación moderada de una sedación profunda (Malviya, Voepel-Lewis, & Tait, 2006).

Las enfermeras y los equipos interprofesionales deben controlar con frecuencia la respuesta de una persona a los opioides para garantizar la seguridad de la persona y evitar la sedación no intencional y la depresión respiratoria, sobre todo para las personas a las que no se les ha administrado opioides previamente. Las enfermeras deben ser conscientes de que la sedación inducida por opioides no es lo mismo que el objetivo intencional de sedación utilizado durante los procedimientos o en personas con asistencia respiratoria en cuidados críticos (Pasero, 2009). En los cuidados paliativos, la sedación inducida por opioides es un efecto que puede ocurrir con el uso de opioides para manejar el dolor debido a una condición terminal.

Prevención, valoración y manejo del riesgo por opioides

El National Opioid Use Guideline Group (NOUGG) (2010) recomienda el seguimiento por el mal uso de los opioides en la implantación del manejo del dolor. Los signos de mal uso incluyen las dosis inadecuadas en escalada, el uso de vías alternativas de administración y la participación en actividades ilegales (NOUGG, 2010). La Opioid Risk Tool (ORT, por sus siglas en inglés) está disponible en la Canadian Guideline for Safe y Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain – Parte B en <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/documents.html> para identificar si una persona tiene un riesgo bajo, moderado o alto en el uso indebido o en el comportamiento relacionado con la medicación basándose en su historia personal y familiar de abuso de sustancias, la edad, la historia de abuso sexual preadolescente, la depresión y otros antecedentes psiquiátricos. Otras herramientas que se encuentran en forma de cuestionario son el Screener y el Opioid Assessment for Patients with Pain® (SOAPP®, por sus siglas en inglés) y el Current Opioid Misuse Measure® (COMM®, por sus siglas en inglés), que también están disponibles en la misma guía.

RECOMENDACIÓN 3.2:

Evaluar las intervenciones no farmacológicas⁶ (físicas y psicológicas) para la eficacia con las intervenciones farmacológicas.

Nivel de evidencia = Ib

Discusión de la evidencia:

Las intervenciones no farmacológicas, ya sean físicas, como la fisioterapia o el masaje, o intervenciones psicológica, como la terapia cognitivo-conductual, se utilizan a menudo junto con las intervenciones farmacológicas para controlar el dolor. El equipo debe explorar las creencias de la persona sobre el uso de formas complementarias o alternativas de cuidados (Curry Narayan, 2010). Las personas con la presencia de dolor o con riesgo de cualquier tipo de dolor pueden haber explorado y utilizado más intervenciones no tradicionales (también conocidas como terapias complementarias o alternativas), como la acupuntura, la homeopatía, la naturopatía y la aplicación de la energía para manejar su dolor. Ensayos controlados aleatorios describieron resultados mejorados cuando las enfermeras, colaborando con sus equipos, exploran la eficacia de cualquier intervención física o fisiológica propuesta, tienen en cuenta el tipo de dolor de la persona, estado de salud, las creencias culturales y el grupo de edad, y determinan el potencial de interacciones de las intervenciones farmacológicas prescritas (Castillo-Bueno et al., 2010; Curry-Narayan, 2010; RNAO, 2007; Schofield et al., 2008; Wilson-Smith, 2011).

Intervenciones no farmacológicas

Físicas

Las intervenciones físicas como la fisioterapia y el ejercicio (Reid et al., 2008), el masaje (SIGN, 2008; Running & Turnbeaugh, 2011), y la aplicación de calor o frío (RNAO, 2007) deben considerarse junto con las intervenciones farmacológicas para reducir el dolor, mejorar el sueño, el estado de ánimo y el bienestar general (RNAO, 2007). Al usar intervenciones más especializadas (TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea), acupuntura) consulte con el miembro del equipo interprofesional apropiado como un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional para obtener ayuda (Nnoaham & Kumbang, 2008). Los enfoques no farmacológicos no deben utilizarse como un sustituto del manejo farmacológica adecuado (RNAO, 2007).



Psicológicas

Las intervenciones psicológicas (psicosociales), como la terapia cognitivo-conductual, la música, la distracción, técnicas de relajación⁶ y la educación deben considerarse en el manejo del dolor ya que estas intervenciones afectan a la forma en que una persona piensa, siente y responde ante el dolor (Crowe et al., 2008; OCSMC, 2010; RNAO, 2007; Seers & Carroll, 1998; SIGN, 2008). Las intervenciones psicológicas relacionadas con la educación han demostrado ser de ayuda en el afrontamiento y mejora de la capacidad de la persona para automanejar la disminución del dolor (el dolor podostquirúrgico) (Crowe et al., 2008; RNAO, 2007).

La evidencia oscila en relación con la eficacia de las siguientes intervenciones no farmacológicas, físicos y psicológicas, cuando se utilizan solas o en combinación con las intervenciones farmacológicas:

- Intervenciones psicológicas (Dewar, 2006);
- Terapia cognitivo-conductual (Eccleston, Williams, & Morley, 2013; Schofield & Reid, 2006);
- La succión no nutritiva, contacto/ masajes y arropar a los bebés y niños hasta los tres años de edad (Pillai Riddell et al., 2011); y
- El masaje, la relajación, el ejercicio, flujo de energía y la educación en las personas mayores (AGS, 2009; Schofield & Reid, 2006).

La eficacia de las intervenciones no farmacológicas no es generalizada en todas las personas y sólo se propone sobre la base de la mejor evidencia de su eficacia para el grupo de población en el que se encuentra la persona (como la edad, las características del dolor [consulte las Recomendaciones 1.1 y 1.5]) y su estado de salud.

Para más información actualizada sobre el uso de intervenciones no farmacológicas (físicas, psicológicas) para el manejo del dolor, consulte el National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), disponible en <http://nccam.nih.gov/>.

RECOMENDACIÓN 3.3:

Formar a la persona, su familia y los cuidadores sobre las estrategias de manejo del dolor en su plan de cuidados y abordar las preocupaciones y creencias erróneas⁶.

Nivel de evidencia = Ib

Discusión de la evidencia:

Ensayos controlados aleatorios describen que el manejo eficaz del dolor se ve influido por el nivel de educación, las creencias e inquietudes de una persona (Bell & Duffy, 2009; Curry-Narayan, 2010; Dewar, 2006; Meeker et al., 2011; Watt-Watson et al., 2004). Una persona y su familia y los cuidadores deben recibir educación sobre ambas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en el plan de cuidados, los posibles efectos adversos de las intervenciones e información para corregir las creencias erróneas y aliviar las preocupaciones para evitar o minimizar los temores acerca del manejo de su dolor (consulte las Recomendaciones 1.4, 3.1, 3.2, 7e).

Esta educación puede ayudar a la adopción y el uso eficaz de las estrategias de manejo del dolor por parte de la persona y su familia y los cuidadores (Dewar, 2006; Watt-Watson et al. 2004). Por ejemplo, la familia y los cuidadores de las

personas con dolor o con riesgo de cualquier tipo de dolor podrían no creer toda la expresión de dolor de la persona y luego no informar o minimizar su alcance al hablar con los profesionales de la salud y disuadirlos de prescribir las dosis apropiadas de analgésicos. (Meeker et al., 2011).

La educación debe incluir, pero no limitarse a:

- Reforzar la importancia de comunicar el dolor;
- Cómo y cuándo comunicar la propia experiencia de dolor;
- Explicar que la comunicación del dolor no es percibida por los profesionales de la salud como una queja;
- La información sobre las opciones de manejo del dolor farmacológico, físico y psicológico, con hincapié en los riesgos y los beneficios (Monsivais & McNeill, 2007); y
- La información sobre los efectos adversos potenciales y las estrategias para abordarlos (Bell & Duffy, 2009; Watt-Watson et al., 2004).

En poblaciones especiales o en personas incapaces de expresarse, las enfermeras deben instruir y educar a las familias y a los cuidadores sobre:

- La implantación de intervenciones de manejo del dolor farmacológicas, físicas o psicológicas para los que van a ser responsables;
- Observar los comportamientos que indican la presencia de dolor en personas incapaces de expresar su propio dolor; y
- Evaluación y seguimiento de la eficacia de las intervenciones.

Para evitar los posibles obstáculos para el alivio óptimo del dolor, las enfermeras han de garantizar que las personas y sus familias y los cuidadores comprenden la diferencia entre la adicción a la medicación, la tolerancia y la dependencia⁶. Las enfermeras deben ser cuidadosas al explicar estos términos para facilitar la comprensión y disipar los temores acerca de la adicción (RNAO, 2007; 2009).

A la persona y sus familiares/cuidadores se les debe educar sobre la necesidad de monitorizar y volver a valorar las intervenciones de manejo del dolor para aliviar el dolor de forma óptima y evitar los efectos adversos (AGS, 2009).

4.0 EVALUACIÓN

RECOMENDACIÓN 4.1:

Volver a valorar la respuesta de la persona a las intervenciones de manejo de dolor constantemente utilizando la misma herramienta de valoración. La frecuencia de las valoraciones vendrán determinadas por:

- La presencia del dolor;
- La intensidad del dolor;
- La estabilidad de la situación clínica del paciente;
- El tipo de dolor p.ej. agudo versus persistente; y
- La institución de salud.

Nivel de evidencia = IIb

Discusión de la evidencia:

El seguimiento continuo y la evaluación de la respuesta de una persona a las intervenciones sobre el manejo del dolor es necesario para ajustar las estrategias y garantizar el control eficaz del dolor y la reducción al mínimo de los efectos adversos (AGS, 2009; AMDA, 2012; Herr et al., 2010; RNAO, 2007). La respuesta de una persona a las intervenciones farmacológicas, físicas y psicológicas puede variar con el tiempo. El seguimiento y la valoración continua de las respuestas de la persona ayuda a garantizar su seguridad y su eficacia (AMDA, 2012; Herr et al., 2010), pero es importante utilizar siempre el mismo instrumento para obtener nuevas valoraciones precisas sobre la presencia e intensidad del dolor. Sin embargo, las enfermeras deben considerar si los cambios en el estado de una persona indican la necesidad de determinar si la herramienta que se utiliza sigue siendo válida (véase la Recomendación 1.2 y 1.3).

La frecuencia con la que las personas deben ser monitorizadas y valoradas depende de las intervenciones que se utilicen, la estabilidad del estado de la persona, y la expresión de la persona sobre la gravedad del dolor o las respuestas del comportamiento del dolor y la angustia asociada (AMDA, 2012; RNAO, 2007; Spence et al., 2010; SIGN, 2008). Por ejemplo, Spence et al. (2010) afirman que los recién nacidos y los niños deben ser valorados al ingreso y luego volver a valorarlos cada vez que se les prestan los cuidados habituales, en cada turno, y cada vez que parezcan estar incómodos o con el cambio sustancial en su estado. Sin embargo en base a las respuestas de las personas que viven con el dolor, la guía SIGN, *Control of Pain in Adults with Cancer (2008)* afirma que es importante volver a valorar la respuesta de una persona a las intervenciones con frecuencia, por lo menos dos veces al día.

La intensidad de la monitorización (frecuencia y duración) depende del perfil de riesgo de una persona y del inicio y la duración de la acción o los posibles efectos adversos de las intervenciones (farmacológicas, no farmacológicas [físicas o psicológicas]) (Jarzyna et al., 2011). Por ejemplo, el uso continuo de analgésicos opioides para el manejo del dolor puede dar lugar a la sedación no deseada que desencadena la depresión respiratoria. Las guías de la American Society for Pain Management Nursing, *Monitoring for Opioid-Induced Sedation and Respiratory Depression (2011)*, Jarzyna et al. (2011) y Pasero (2009) recomiendan a las personas hospitalizadas que se les administre sedación rutinaria y valoraciones respiratorias (consulte el Anexo O) tanto si están despiertos como dormidos, para monitorizar la sedación no deseada y para evitar el riesgo de depresión respiratoria.

Se requiere de una monitorización de los resultados de salud de la persona como la presencia y severidad del dolor, los impactos en la función y la movilidad después de las intervenciones de manejo del dolor para determinar si existe la necesidad de modificar cuidados. Si se requieren cambios en base a la nueva valoración, el equipo interprofesional debe discutir los cambios propuestos en las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, resaltando sus beneficios y riesgos, y debe revisar el plan de manejo del dolor para unos resultados de salud óptimos (OCSMC, 2010).

RECOMENDACIÓN 4.2:

Comunicar y registrar las respuestas de la persona al plan de manejo del dolor.

Nivel de evidencia = IIb

Discusión de la evidencia:

La comunicación y documentación por parte de la enfermeras respalda los cuidados y el tratamiento por parte del equipo interprofesional, la persona y la familia y los cuidadores de la persona (College of Nurses [CNO], 2008; Crowe et al., 2008; RNAO, 2012a). La documentación enfermera es también una exigencia profesional y legal que fomenta:

- Los cuidados contra el dolor seguros, eficaces y éticos.
- La continuidad de los cuidados a través del equipo interprofesional.
- Comunicación del:
 - Plan de cuidados;
 - Resultados de la valoración (consulte la Recomendación 1.5);
 - Efectividad de las intervenciones implantadas;
 - La educación proporcionada a la persona en su estado, el plan de cuidados, la valoración y resultados de la vuelta a valorar; y
 - El seguimiento de las acciones para volver a valorar para asegurar unos resultados de salud óptimos (CNO, 2008).
- La participación activa de la persona y sus familiares/cuidadores en el desarrollo y seguimiento de su plan de manejo del dolor. Por ejemplo, en la comunidad, un diario del dolor puede ayudar a una persona comunicarse con los profesionales de la salud sobre su dolor y su respuesta a las intervenciones (Cancer Care Ontario, 2008; OCSMC, 2010).

La documentación debe ser accesible a todos los miembros del equipo interprofesional que participan en el cuidado de la persona (Canadian Nurses Association [CNA], 2008). La documentación comunica las actividades de cuidados de cada miembro del equipo interprofesional, como la valoración, la planificación y la implantación de las intervenciones y valida la monitorización y la evaluación de la respuesta de una persona y su capacidad para cumplir con el plan de cuidados y las acciones de seguimiento por parte del equipo (consulte las Recomendaciones en las secciones 1.0, 2.0, 3.0) (Goldberg & Morrison, 2007; Jarzyna et al., 2011).

Por el contrario, la ausencia de comunicación y documentación clara en el manejo del dolor (incluyendo la fecha y hora, el tipo de dolor, su intensidad, la clasificación, la ubicación y la calidad; las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, la respuesta de la persona, y los posibles efectos adversos) afecta a la capacidad de la enfermera y del equipo para evaluar la eficacia del plan y determinar si se necesitan diferentes intervenciones (AMDA, 2012; ANZCA, 2010; Cancer Care Ontario, 2008; OCSMC, 2010; RNAO, 2007; SIGN, 2008; Taddio et al., 2010).

Recomendaciones para la formación

5.0 RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN

RECOMENDACIÓN 5.1:

Las instituciones educativas deben incorporar esta guía, *Valoración y manejo del dolor* (3a ed.), en los programas curriculares interprofesionales y de enfermería para los programas de enfermería, formación profesional y medicina para promover la práctica basada en la evidencia.

Nivel de la evidencia = IIb

Discusión de la evidencia:

Los miembros del equipo interprofesional desempeñan un papel fundamental en la valoración y manejo del dolor. Se debe enseñar a los estudiantes de enfermería y de otras profesiones de la salud, la teoría, y deben ser capaces de demostrar al entrar en contacto con la práctica que tienen las competencias clínicas para la valoración y el manejo del dolor, independientemente del grupo de población o entorno. Los planes de estudios canadienses deberían mejorar la formación sobre el dolor para asegurar que los estudiantes adquieren las competencias sobre el dolor al entrar en contacto con la práctica. Para obtener más información sobre las competencias y sobre los componentes teóricos para la valoración y el manejo eficaz del dolor consulte las competencias sobre el dolor de la Canadian Nurses Association's entry-to-practice, disponible en <http://www.cna-aiic.ca/en/becoming-an-rn/rn-exam/competencies/> y el currículo de enfermería de la IASP [2012c] disponible en <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Nursing>).

Se debe incluir en el plan de estudios la educación sobre las implicaciones éticas y legales de no valorar, manejar y monitorizar el dolor. Los programas no deben centrarse sólo en los conocimientos y las habilidades, sino que también deben examinar las creencias de los estudiantes de enfermería sobre la valoración y manejo del dolor para que puedan apoyar los cambios a largo plazo en las prácticas. Además, los programas deben actualizarse de forma regular y los nuevos conocimientos, técnicas y tecnologías deberían integrarse en el plan de estudios (ANZCA, 2010; RNAO, 2007). Cummings et al (2011) sugiere que los programas educativos con éxito deberían incluir:

- Un equipo interprofesional de expertos comprometidos en el tema;
- Materiales educativos preelaborados; y
- Un enfoque estandarizado para la gestión del material educativo.

El equipo de expertos de la RNAO sugiere la incorporación de la Guía de buenas prácticas, *Valoración y manejo del dolor* (3a ed.) en los programas interprofesionales para garantizar que los profesionales de la salud cuentan con los conocimientos, las habilidades y las herramientas basadas en la evidencia necesarias para ayudar en la valoración y el manejo de personas con dolor, o riesgo de cualquier tipo de dolor.

RECOMENDACIÓN 5.2:

Incorporar los contenidos sobre las estrategias de transferencia del conocimiento en los programas de formación para los profesionales de la salud para trasladar a la práctica la evidencia relacionada con el manejo del dolor.

Nivel de la evidencia = IIb

Discusión de la evidencia:

En una revisión sistemática y metaanálisis sobre la eficacia de las estrategias de transferencia del conocimiento para mejorar el manejo del dolor en cáncer, realizada por Cummings et al., (2011), el uso de estrategias como programas educativos, el seguimiento y la asignación de recursos destinados a los profesionales de la salud, las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor y sus cuidadores mejoraron los conocimientos, las habilidades y las creencias sobre el dolor, y dieron como resultado una significativa mejoría en relación con el manejo del dolor. Todos los programas educativos deben incluir contenidos sobre estrategias de transferencia de conocimientos para mejorar la sensibilización de los profesionales de la salud y la comprensión de cómo trasladar la investigación (guías de buenas prácticas) a la práctica para potenciar la mejora de resultados de salud (Canadian Institute of Health Research [CIHR], 2009).

La Herramienta: implantación de guías de buenas prácticas, Segunda edición, de la RNAO (RNAO, 2012b) y la CIHR (2009) identifican la transferencia del conocimiento como un proceso dinámico e iterativo que puede dar lugar a mejores resultados de salud. El uso del proceso de transferencia del conocimiento y las diversas estrategias para promover la investigación y síntesis de los conocimientos, la difusión de las herramientas y las buenas prácticas y apoyar el intercambio y la aplicación del conocimiento contextual con fundamentos éticos sobre el dolor ayuda a los profesionales de la salud a mejorar las prácticas sobre la valoración y manejo del dolor (CIHR, 2009; Peter & Watt-Watson, 2002; RNAO, 2012b).

RECOMENDACIÓN 5.3:

Promover la formación y la colaboración interprofesional en relación con la valoración y manejo del dolor en las instituciones académicas.

Nivel de evidencia = Ib

Discusión de la evidencia:

En la educación interprofesional, los estudiantes son educados para trabajar en colaboración como en un equipo interprofesional. Los profesionales de la salud eficaces son los profesionales que entienden la importancia de trabajar junto con sus colegas, la persona y su familia y cuidadores para lograr unos resultados óptimos de seguridad y dolor (Irajpour, 2006; Kavanagh, Watt-Watson, & Stevens, 2007; Watt-Watson, Siddall, & Carr, 2012).

El Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC, por sus siglas en inglés) está trabajando para mejorar los

cuidados interprofesionales a nivel clínico e institucional, centrándose en iniciativas para ayudar a los profesionales de la salud a vincularse de manera significativa para mejorar los resultados de los cuidados. Para más información sobre los recursos e iniciativas CIHC para la educación y colaboración interprofesional visite <http://www.cihc.ca>.

RECOMENDACIÓN 5.4:

Los profesionales de la salud deben participar en la formación continua para mejorar los conocimientos específicos y las habilidades relacionadas con la valoración y manejo del dolor de forma efectiva basándose en la guía *Valoración y manejo del dolor (3a ed)*.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

La valoración y manejo del dolor en las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor es un proceso complejo y dinámico que requiere de un equipo de profesionales de la salud con conocimientos y habilidades especializadas. El conocimiento y las habilidades necesarias para valorar y manejar todos los aspectos de la valoración y el manejo del dolor no puede ponerse en práctica por parte de los estudiantes en un programa básico. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben inscribirse en cursos de educación continua acreditados para obtener la capacitación sobre la valoración y el manejo del dolor con el apoyo (el tiempo, el acceso y la financiación) de su institución. El equipo debería adoptar un enfoque centrado en la persona⁶ y tener una base sólida de conocimientos para la resolución de problemas y la garantía de que su trabajo está basado en la evidencia y es acorde con las políticas y procedimientos de su institución.

Consulte el Anexo D, donde encontrará una lista de páginas web con información y recursos para apoyar la valoración y manejo del dolor.



Recomendaciones para la organización y directrices

6.0 RECOMENDACIÓN PARA LA ORGANIZACIÓN Y DIRECTRICES

RECOMENDACIÓN 6.1:

Establecer la valoración y manejo del dolor como una prioridad estratégica en salud.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

Las instituciones deben reconocer que todas las personas tienen derecho al mejor manejo posible del dolor (Canadian Pain Society, 2010). Las instituciones deben establecer una prioridad estratégica sobre la valoración y manejo del dolor (consulte la sección de Antecedentes donde encontrará la prevalencia y los impactos del manejo inadecuado del dolor) para asegurar resultados de cuidados seguros y efectivos (ANZCA, 2010; Czarnecki et al., 2011; IASP, 2012b).

Para lograr esto, las instituciones necesitan:

- Normas, políticas y procedimientos para valorar y manejar el dolor de manera eficaz;
- Herramientas estandarizadas para documentar y comunicar las estrategias y los resultados de la valoración y manejo del dolor;
- El uso coherente de las herramientas de valoración validadas a través de equipos y ámbitos apropiados para las poblaciones y los contextos específicos de cuidados;
- Educación sobre dolor incluye la formación del nuevo personal a las políticas de manejo del dolor, los procedimientos y las prácticas de la institución, y el desarrollo profesional continuo; y
- Las iniciativas de mejora continua de la calidad para evaluar los procesos y resultados de la valoración y manejo del dolor.

La integración de las formas de evaluación en los procesos de documentación y sistemas de documentación también puede servir de guía al personal con los pasos necesarios para la valoración y manejo del dolor de manera eficaz (Courtenay & Carey, 2008; Goldberg & Morrison, 2007; Irajpour, Norman, & Griffiths, 2006; Twycross, 2010; RNAO, 2007).

RECOMENDACIÓN 6.2:

Establecer un modelo de cuidados para apoyar la colaboración interprofesional para la valoración y manejo del dolor eficaz.

Nivel de evidencia = IIb

Discusión de la evidencia:

Para apoyar los resultados positivos de salud y la satisfacción con el manejo del dolor, las instituciones deben adoptar modelos de cuidados que respalden la comunicación y la colaboración del equipo interprofesional (consulte las Recomendaciones en las secciones 1.0, 2.0, 3.0, 4.0, 5.0 en busca de la importancia de la colaboración en el equipo interprofesional en la valoración y manejo del dolor). El modelo de cuidados debe apoyar al equipo interprofesional en la utilización de las políticas y procedimientos formalizados, los procesos de cuidados integrados a través de la utilización de las vías clínicas y promover la consulta y la educación entre los miembros del equipo interprofesional para conseguir unos resultados óptimos asociados a la valoración y manejo del dolor (Brink-Huis, van Achterberg, & Schoonhoven, 2008; Dewar, 2006).

Swafford, Miller, Tsai, Herr, & Ersek (2009) y Dewar (2006) proporcionan evidencia a las instituciones para adoptar estas prácticas:

- El uso de especialistas en dolor o consultores para problemas de dolor complejos;
- El desarrollo de impulsores en las prácticas contra el dolor;
- El uso de herramientas de toma de decisiones estandarizadas basadas en la evidencia clínica para la valoración y manejo del dolor;
- Involucrar a las partes interesadas clave en la institución al considerar cambios en los cuidados contra el dolor;
- Fomentar la cohesión de equipos para mejorar la comunicación entre el personal de enfermería y otros profesionales en el equipo interprofesional;
- Evaluar de manera regular los procesos de valoración y manejo del dolor y los resultados con los indicadores de calidad; y
- Revisar de forma periódica el impacto de estos factores para asegurar resultados óptimos: 1) el modelo de cuidados; 2) la combinación de capacidades del personal; 3) las iniciativas educativas para el personal interprofesional; y 4) los materiales educativos utilizados por las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor.

RECOMENDACIÓN 6.3:

Utilizar el proceso de transferencia del conocimiento y las estrategias multimodales en las instituciones para ayudar a los profesionales de la salud a utilizar en la práctica la mejor evidencia en la valoración y manejo del dolor.

Nivel de evidencia = III

Discusión de la evidencia:

Las instituciones pueden utilizar el proceso de transferencia del conocimiento y una variedad de estrategias de transferencia del conocimiento para influir en la adopción y la aceptación de buenas prácticas sobre el manejo del dolor en los profesionales de la salud para mejorar los resultados y la satisfacción de las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor (Goldberg & Morrison, 2007; RNAO, 2012b; Zhu et al., 2012).

Las estrategias efectivas de transferencia del conocimiento utilizadas en las instituciones para mejorar la aceptación

de las buenas prácticas relacionadas con la valoración y manejo del dolor incluyen:

- Desarrollo de impulsores en las prácticas contra el dolor en la institución;
- La identificación de los conocimientos y las habilidades clave asociadas al manejo eficaz del dolor;
- Utilización de las guías de buenas prácticas;
- Identificación de facilitadores que puedan maximizar el uso de las buenas prácticas para la valoración y manejo del dolor;
- La introducción de los profesionales de la salud y las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor a diversas fuentes de información sobre el manejo del dolor, incluyendo el aprendizaje por la web, videos y documentos (Goldberg & Morrison, 2007; RNAO, 2012a; Zhu et al., 2012).

Las diferentes estrategias de transferencia del conocimiento funcionan para diferentes grupos, o en diferentes contextos, las instituciones deben tenerlas en cuenta cuando se diseñan programas para compartir información y mejorar la práctica. Las instituciones deben evaluar qué recursos y estructuras apoyarán la utilización continua de las buenas prácticas por parte de los equipos de profesionales de la salud. Las opciones como los sistemas de documentación, las guías de buenas prácticas, las auditorías de calidad, la retroalimentación y la formación continua son todas apropiadas en diferentes momentos. (RCN, 2009; Zhu et al., 2012).

RECOMENDACIÓN 6.4:

Utilizar un enfoque sistemático para toda la institución para implantar la guía de buenas prácticas *Valoración y manejo del dolor (3a ed.)* y proporcionar los recursos y los apoyos administrativos e institucionales para facilitar su adopción.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

La RNAO tiene un equipo de enfermeras, investigadores y administradores para el desarrollo de la *Herramienta: implantación de guías de buenas prácticas (2ª ed.)* (RNAO, 2012b), utilizando la evidencia, las perspectivas teóricas y el consenso de expertos⁶. La *Herramienta* está diseñada para ayudarle a implantar con éxito las guías. Le recomendamos encarecidamente que utilice la herramienta en la implantación de esta guía (consulte el [Anexo P](#)).

Un plan institucional eficaz para la implantación de las guías incluye:

- La evaluación de la disposición y las barreras de la institución para la implantación de las guías;
- La participación de todos los miembros en la implantación, ya sea directamente o mediante su apoyo;
- El refuerzo de la importancia de las buenas prácticas a través de la formación continua;
- La designación de una o más personas calificadas para apoyar la educación y el proceso de implantación; y
- El ofrecimiento de oportunidades para la reflexión personal e institucional en la implantación de las guías.

Brechas en la investigación e implicaciones futuras

El equipo de expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, en la revisión de la evidencia para esta edición de la guía, identifica estas áreas prioritarias para la investigación. En términos amplios, se clasifican en investigación sobre la práctica, sobre los resultados y sobre el sistema de salud (consulte la Tabla 6).

Tabla 6. Prioridades en las áreas de investigación sobre la práctica, sobre los resultados y sobre el sistema de salud

CATEGORÍA	PRIORIDAD DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN
Investigación sobre la práctica	El uso de herramientas de valoración del dolor en personas incapaces de expresar su propio dolor durante toda la vida.
	Enfoques de valoración y manejo del dolor en centros de cuidados a personas con problemas crónicos en centros de la tercera edad.
	El currículo interprofesional eficaz sobre el dolor contiene estrategias de enseñanza y la duración del curso o programa requerido por los profesionales de la salud para adquirir los conocimientos y habilidades para comenzar en la práctica con las competencias sobre dolor y para el desarrollo continuo en el manejo del dolor.
Investigación sobre los resultados	El impacto de la participación de la familia/cuidadores sobre la eficacia del manejo de la persona de su dolor.
	El impacto de la utilización de herramientas de valoración del dolor con las personas que no son capaces de expresar las prácticas y los resultados clínicos sobre el dolor.
	La eficacia de la selección de las estrategias farmacológicas, físicas y psicológicas para aliviar el dolor durante toda la vida.
	La evaluación de las estrategias de transferencia del conocimiento para la eficacia de la aplicación de la evidencia sobre el manejo del dolor en la práctica clínica.
Investigación sobre el sistema de salud	El impacto de los sistemas electrónicos de documentación sobre las prácticas de valoración y manejo del dolor y de los resultados de salud.
	La evaluación de las estructuras institucionales para mejorar los resultados en relación con el dolor.
	La identificación de instrumentos estandarizados para evaluar la eficacia de los programas de educación y de enseñanza para el aprendizaje efectivo de los contenidos curriculares, y las competencias en las prácticas en relación con el dolor.

Aunque no se trata de una lista exhaustiva, supone un intento de identificar y clasificar las investigaciones necesarias en este ámbito. Muchas de nuestras recomendaciones se basan en datos cuantitativos y cualitativos de investigación basada en la evidencia. Otras recomendaciones se basan en el consenso o la opinión de expertos. Se requiere investigación adicional sustancial para validar la opinión de expertos. Una mayor evidencia dará lugar a una mejora de la práctica y de los resultados para las personas que requieren una valoración y manejo de su dolor.

Estrategias de implantación

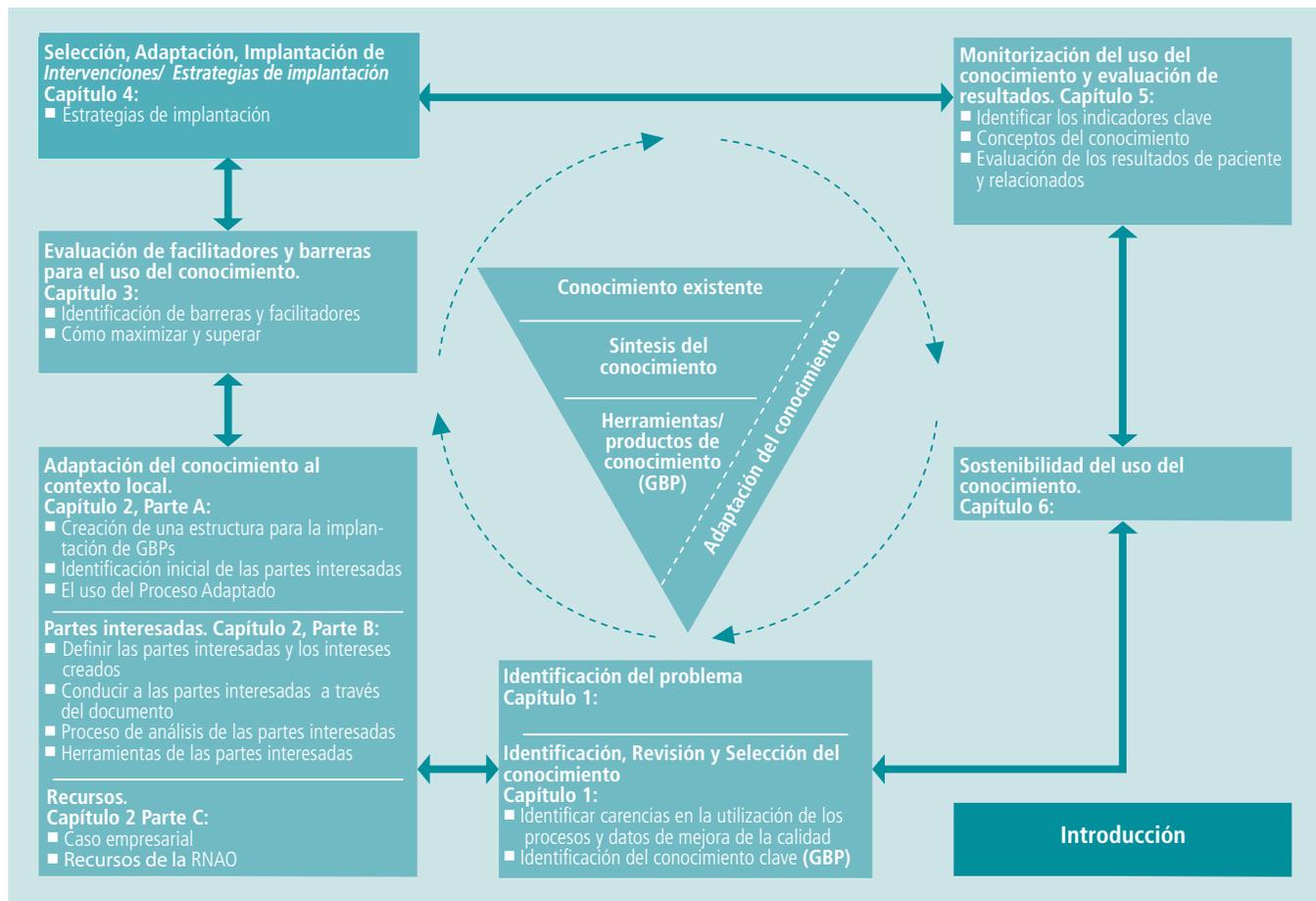
La implantación de las guías en los centros de cuidados es multifacético y resulta un reto; se necesita más que la concienciación y la distribución de guías para que la gente cambie la forma en la que llevan a cabo la práctica. Las guías deben adaptarse para cada ámbito de la práctica de una manera sistemática y participativa, para asegurar que las recomendaciones encajan en el contexto local (Straus, Tetroe, & Graham, 2009). Nuestra Herramienta de implantación de guías de buenas prácticas (2ª ed.) (RNAO, 2012b) proporciona un proceso basado en la evidencia para poder realizarlo

La *Herramienta* se basa en la evidencia emergente de que la adopción eficaz de las buenas prácticas es más probable cuando:

- Los líderes en todos los niveles se han comprometido a apoyar la implantación de la guía;
- Las guías son seleccionadas para su implantación a través de un proceso sistemático y participativo;
- Las partes interesadas para las que la guía es relevante se identifican y se involucran en la puesta en práctica;
- Se evalúa la idoneidad del entorno para la implantación de las guías;
- La guía se adapta al contexto local;
- Se evalúan y se abordan las barreras y los facilitadores para el uso de la guía;
- Se seleccionan las intervenciones para promover la utilización de la guía;
- La utilización de la guía es monitorizada y respaldada de manera sistemática;
- La evaluación del impacto de la guía está integrada en el proceso;
- Hay recursos suficientes para completar todos los aspectos de la implantación.

La *Herramienta* utiliza el modelo del conocimiento a la acción, que se muestra a continuación, que representa el proceso de elección de una guía en el triángulo central, y se siguen las instrucciones detalladas paso a paso para la implantación de las recomendaciones a nivel local.

Figura 2. Marco revisado del conocimiento a la acción



RECOMENDACIONES

Nota. Adaptado de "Straus, S., Tetroe, J., Graham, I.D., Zwarenstein, M., & Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In: S. Straus, J. Tetroe and I.D. Graham (Eds.). Knowledge translation in health care (pp.151-159). Oxford, UK: Wiley-Blackwell

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) se ha comprometido a la implantación y a la utilización generalizada de nuestras guías. Utilizamos un enfoque coordinado para la difusión, incorporando una variedad de estrategias, entre las que se incluyen la Nursing Best Practice Champion Network®, que desarrolla la capacidad de las enfermeras para fomentar la sensibilización, la participación y la adopción de las GBP, y el Best Practice Spotlight Organización® (BPSO®, por sus siglas en inglés) nombramiento que apoya la implantación a nivel institucional y del sistema. Las BPSOs se centran en el desarrollo de la cultura basada en la evidencia con el objetivo específico de implantar, evaluar y mantener múltiples guías de buenas prácticas de la RNAO. Además, ofrecemos seminarios sobre guías específicas y su implantación anual. (RNAO, 2012b, p. 19-20).

La información sobre nuestras estrategias de implantación se puede encontrar en:

- RNAO Best Practice Champions Network : <http://rnao.ca/bpg/get-involved/champions>
- RNAO Best Practice Spotlight Organizations: <http://rnao.ca/bpg/bpso>
- Seminarios y otras oportunidades de desarrollo profesional de la RNAO : <http://rnao.ca/events>
- Para obtener material como herramientas para la implantación de GBP de la RNAO, por favor mande un correo electrónico a la siguiente dirección BNOS@rnao.ca.

Evaluación y seguimiento de esta guía

A medida que implanta las recomendaciones de esta guía, le pedimos que nos cuente cómo va a realizar el seguimiento y la evaluación e impacto de su implantación.

La Tabla 7 se basa en un marco presentado en la *Herramienta de implantación de guías de buenas prácticas* (2ª ed.), (RNAO, 2012b) e ilustra algunos indicadores específicos de seguimiento y evaluación de esta guía.

TABLA 7. Estructura, proceso y resultado de los indicadores para el seguimiento y evaluación de esta guía

NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Objetivos	Evaluar los apoyos en la institución que permitan a las enfermeras y al equipo interprofesional integrarse en la práctica de la valoración y manejo del dolor.	Evaluar los cambios en las prácticas que conducen hacia la mejora de la valoración y manejo del dolor.	Evaluar el impacto de la implantación de las recomendaciones de las guías.
Sistema	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión, por parte de un comité, de las buenas prácticas relacionadas con la valoración y manejo del dolor a nivel del sistema responsable de la calidad de los cuidados a través del sistema de salud. ■ La disponibilidad de recursos para la educación en el ámbito académico para los programas de desarrollo profesional (es decir, enfermería, medicina), que sean coherentes con las buenas prácticas para la valoración y manejo del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollo de sistemas que fomenten en las instituciones de salud la adopción de políticas y procedimientos acordes con las buenas prácticas para la valoración y manejo del dolor. ■ Los procedimientos y procesos concretos para asegurar los programas de desarrollo profesional en el ámbito académico se actualizan con las buenas prácticas para la valoración y el manejo del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La evidencia de los resultados del sistema de salud asociados a las prácticas efectivas y seguras del manejo del dolor. ■ El apoyo a los profesionales de la salud para desarrollar las competencias básicas asociadas a la valoración y manejo del dolor.

NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
<p>Institución/ Unidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión de las recomendaciones de buenas prácticas de los comités institucionales responsables de las políticas y procedimientos. ■ Revisión de la validez de las herramientas de valoración del dolor para su utilización por parte de las enfermeras y el equipo interprofesional en la institución. ■ La disponibilidad de la educación para las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor, y sus familiares y cuidadores coherente con las recomendaciones de las buenas prácticas. ■ Provisión de personal de apoyo para las enfermeras y el equipo para consultar en busca de apoyo durante y después del período de implantación inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollo de formas o sistemas que fomenten la documentación de la valoración y manejo del dolor. ■ Desarrollo de procedimientos para la evaluación y de herramientas de valoración para su utilización en la institución, en base a la población atendida (bebés, niños, adultos, personas mayores). ■ Procedimientos concretos que fomenten la difusión y la comprensión de la información para educar a las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor, y sus familiares y cuidadores. ■ Hay procedimientos concretos habilitados para remitirse de manera interna o externa a personal de apoyo competente en el manejo y asistencia del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La incorporación de la valoración y el manejo del dolor en los programas de orientación para el personal. ■ La utilización de herramientas de valoración del dolor estandarizadas válidas. ■ Las referencias a nivel interno como externo.

NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
<p>Profesional de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ El porcentaje de profesionales de la salud que asisten a las sesiones sobre las buenas prácticas en la valoración y manejo del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Autoevaluación del conocimiento sobre la valoración y manejo del dolor. ■ Niveles medios de conciencia expresados en los autoinformes acerca de los recursos y servicios para la valoración y manejo del dolor. ■ Niveles medios de conciencia expresados en los autoinformes acerca de la utilización de herramientas validadas para la valoración y manejo del dolor. ■ Niveles medios de conciencia expresados en los autoinformes acerca de los recursos educativos para las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La evidencia de llevar un registro coherente con las recomendaciones para las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor. ■ A las personas que sufren un dolor complejo se las deriva, según sea necesario, a servicios o recursos en la institución o comunidad. ■ La evidencia en educación y difusión de información y recursos sobre el automanejo del dolor está disponible para las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor y su familia. ■ Se ofrece educación y apoyo a las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor, su familia y cuidadores. ■ Satisfacción de la persona/familia.

NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Persona	<ul style="list-style-type: none"> ■ El porcentaje de personas admitidas en la unidad/centro con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El porcentaje de personas que han sido valoradas y tratadas contra el dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La mejora de la calidad de vida o la satisfacción. ■ El porcentaje de personas satisfechas con su nivel de participación en el plan de manejo del dolor. ■ El porcentaje de personas que se adhieren al plan de manejo del dolor. ■ El porcentaje de personas con dolor complejo derivadas y vistas por los servicios de manejo del dolor.



NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Gastos financieros	<ul style="list-style-type: none"> ■ Provisión de recursos financieros adecuados para la dotación de personal necesario para implantar las recomendaciones de la guía. 	<p>Costes relacionados con la implantación de la guía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La educación y el acceso a los apoyos en el puesto de trabajo. ■ Nuevos sistemas de documentación. ■ Sistemas de apoyo. ■ Costes relacionados con los recursos y servicios de apoyo en la valoración y manejo del dolor (por ejemplo, herramientas de valoración, materiales educativos, la formación continua de los equipos de cuidados; especialistas en el manejo del dolor complejo; intervenciones de manejo farmacológico y no farmacológico del dolor). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La eficiencia y la eficacia de los costes del tratamiento. ■ Utilización de los recursos generales. ■ Duración de la estancia en el sistema de salud. ■ Las tasas de reingreso hospitalario por manejo inadecuado del dolor. ■ Automanejo del dolor en la comunidad.

Estos indicadores de proceso y resultados se han tomado del Diccionario de datos de NQuIRE® para la guía de buenas prácticas Valoración y manejo del dolor (Registered Nurses' Association of Ontario and Nursing y Unidad de Investigación en salud (Investén-isciii), 2012). NQuIREes el acrónimo en inglés de Indicadores de calidad de enfermería para su informe y evaluación. El NQuire® fue diseñado por la Best Practice Spotlight Organizations® (BPSO®) de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) para supervisar de forma sistemática los avances y evaluar los resultados de la implantación de las guías de buenas prácticas de la RNAO en sus instituciones. Por favor, visite la página <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire> para más información.

La evaluación objetiva se puede hacer a través de la revisión periódica de los registros de enfermería (un grupo de intervenciones basadas en la evidencia que son específicos para el ámbito de la enfermería) y su efecto en los resultados de salud de la persona. Los registros de enfermería insertados en los sistemas de información clínica simplifican este proceso a través de la captura de datos electrónicos. Por favor, visite la página web <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets> para más información.

Proceso de actualización y revisión de la guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario se compromete a actualizar sus guías de buenas prácticas de la siguiente manera:

1. Cada BP de enfermería será revisada por un equipo de especialistas en el área temática cada cinco años después de la publicación de la edición anterior.
2. El personal del Centro de la guías de buenas prácticas (laBPG, por sus siglas en inglés) realizan un seguimiento regular en busca de nuevas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorios, y otra literatura relevante en el área.
3. Sobre la base de esa monitorización, el personal puede recomendar una revisión anticipada. Es preciso consultar a los miembros del equipo de expertos y otros especialistas y expertos en el área que ayudarán en la decisión de examinar y revisar las guías si es necesario antes de lo previsto.
4. Tres meses antes del hito de revisión, el personal comienza la planificación de la revisión a través de:
 - a) Invitación a especialistas en la materia a participar en el equipo de expertos. Estará compuesto por miembros del equipo inicial, así como otros especialistas y expertos recomendados.
 - b) La compilación de los comentarios recibidos y las dudas planteadas durante la implantación, incluidos los comentarios y experiencias de los Best Practice Spotlight Organizations® y otros centros de implantación en relación con su experiencia.
 - c) La compilación de nuevas guías de práctica clínica en el área y la realización de una revisión sistemática de la evidencia.
 - d) El desarrollo de un plan de trabajo detallado con plazos y resultados para el desarrollo de una nueva edición de la guía.
5. Las nuevas ediciones de las guías se divulgarán en base a las estructuras y procesos establecidos.

Lista de referencias

- Accreditation Canada. (2011). *Pain Management Standards from Canadian Council on Health Service Accreditation*. Retrieved from <http://www.canadianpainsociety.ca/pdf/Standards-Statement-CCHSA.pdf>
- Al-Atiyat, N.M.H. (2008). Patient-related barriers to effective cancer pain management. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 10*(4), 198-204.
- American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons (AGS). (2009). Pharmacological management of persistent pain in older persons. *The Journal of the American Geriatrics Society, 57*(8), 1331-1346.
- American Medical Directors Association (AMDA). (2012). *Pain management in the long term care setting*. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA).
- Anand, K. J. S. (1999). Effects of perinatal pain and stress. *Progress in Brain Research, 122*, 117-129.
- Anand, K. J., Aranda, J. V., Berde, C. B., Buckman, S., Capparelli, E. V., Carlo, W., . . . Walco, G. A. (2006). Summary proceedings from the neonatal pain-control group. *Pediatrics, 117* (3), S9-S22.
- Anand, K. J., & Craig, K. D. (1996, 1998). Perspectives on the definition of pain (Editorial). *Pain, 67*(1), 209-211.
- Andersen, K., & Kehlet, H. (2011). Persistent pain after breast cancer treatment: A critical review of risk factors and strategies for prevention. *The Journal of Pain, 12*(7), 725-746.
- Arbour, C., & Gélinas, C. (2010). Setting goals for pain management when using a behavioural scale: Example with the critical-care pain observation tool. *Critical Care Nurse, 31*(6), 66-8.
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (ANZCA). (2010). *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. Retrieved from: <http://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/pdfs/Acute%20Pain%20Management/books-and-publications/acutepain.pdf>
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C., & Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration, 29*(3), 11-20.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta J. F.,...Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine, 41*(1), 263-306.
- Bell, L., & Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing: A literature review. *British Journal of Nursing, 18*(3), 153-156.
- Bennett, M. I., Attal, N., Backonja, M. M., Baron, R., Bouhassira, D., Freynhagen, R.,...Jensen, T. S. (2007). Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain, 127*(3), 199-203.
- Bennett, M. I., Smith, B. H., Torrance, N., & Potter, J. (2005). The S-LANSS score for identifying pain of predominantly neuropathic origin: Validation for use in clinical and postal research. *Journal of Pain, 6*, 149-158.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy, 4*(4), 236-248.

- Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J.,...Vicaut, E. (2005). Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*, 114, 29-36.
- Breau, L. M., McGrath, P. J., Camfield, C.S., & Finley, G.A. (2002). Psychometric properties of the non-communicating children's pain checklist-revised. *Pain*, 99, 349-57.
- Brink-Huis, A., van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2008). Pain management: A review of organisational models with integrated processes for the management of pain in adult cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), 1986-2000.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G.,...Zitzelsberger, L., for the AGREE Next Steps Consortium. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839-42.
- Brown, D.N., McCormack, B.G., & McGarvey, H. (2005). Factors influencing the control of post-operative pain in older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15, 149-156.
- Brummelte, S., Grunau, R. E., Chau, V., Poskitt, K. J., Brant, R., Vinall, J.,...Miller, S. P. (2012) Procedural pain and brain development in premature newborns. *Annals of Neurology*, 71(3), 385-396.
- Canadian Health Services Research Foundation. (2006). *Conceptualizing and combining evidence*. Retrieved from www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php#definition
- Canadian Institute of Health Research (CIHR). (2009). *Knowledge to Translation Definition*. Retrieved from <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html>
- Canadian Nurses Association (CNA). (2008). *Code of Ethics for Registered Nurses*. Retrieved from http://www2.cna-aicc.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_e.pdf
- Canadian Nurses Association (CNA). (2012). *Competencies 2012-2015*. Retrieved from <http://www.cna-aicc.ca/en/becoming-an-rn/rn-exam/competencies/>
- Canadian Pain Coalition. (2012). *Pain in Canada Fact Sheet*. Canadian Pain Society. Retrieved from http://www.canadianpainsociety.ca/pdf/pain_fact_sheet_en.pdf
- Canadian Pain Society. (2010). Inclusion of pain management in the AIM1 Standards. Retrieved from http://www.canadianpainsociety.ca/en/about_policy.html
- Cancer Care Ontario. (2008). *Practice Evidence-Based Series #16-2. Cancer-related pain management: A report of evidence-based recommendations to guide practice*. Retrieved from <http://www.cancercare.on.ca>
- Castillo-Bueno M. D., Moreno-Pina J. P., Martínez-Puente M. V., Artiles-Suares M. M., Company-Sancho M. C, García-Andrés, et al. (2010). Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain: A systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 8(28), 1112-1168.
- Chambers, C. T., Taddio, A., Uman, L. S., McMurtry, C. M., & Team, H. (2009). Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: a systematic review. *Clinical Therapeutics*, 31(2), S77-S103.
- Chanques, G., Jaber, S., Barbotte, E. Violet, S., Sebbane, M., Perrigault, P-F,...Eledjam, J-J. (2006). Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34(6), 1691-1699.

- Chanques, G., Payen, J. F., Mercier, G., de Lattre, S., Viel, E., Jung, B.,...Jaber S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self-report: An adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive Care Medicine*, 35, 2060-2067.
- Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P. M., Boulanger, A., ...Ware, M. (2010). The Canadian STOP-PAIN project – Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anesthesia*, 57, 539–548.
- Cignaccio, E., Hamers, J. P. H., Staffel, L., van Lingen, R. A., Gessler, P., McDougal, J., & Nelle, M. (2007). The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. *European Journal of Pain*, 11, 139-152.
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 23(2), 129–38.
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2013a). *Consent*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/>
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2008). *Documentation Standard, Revised 2008*. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41001_documentation.pdf
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2013b). *Therapeutic nurse-person relationship*, Revised 2006. Toronto: College of Nurses. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf (Original work published in 1999; Reprinted 2008).
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2011). *RN and RPN Practice: The Client, the Nurse and the Environment*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from <http://www.cno.org/Global/docs/prac/41062.pdf>
- Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour for the treatment of chronic pain. *British Journal of Community Nursing*, 16(2), 90-98.
- Coskun, V., & Anand, K. J. S. (2000). Development of supraspinal pain processing. *Pain Research and Clinical Management*, 10, 23-54.
- Courtenay, M., & Carey, N. (2008). The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), 2001-2013.
- Craig, K. D. (1998). The facial display of pain. *Progress in Pain Research and Management*, 10, 103-122.
- Crowe, L., Chang, A., Fraser, J.A., Gaskill, D., Nash, R., & Wallace, K. (2008). Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing or relieving post-operative pain. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(4), 396-430
- Crowley, M. A., Storer, A., Heaton, K., Naccarato, M. K., Proehl, J. A., Moretz, J. D., & Li, S. (2011). Emergency nursing resource: Needle-related procedural pain in pediatric patients in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 246-251.
- Cummings, C. G., Olivo, S. A., Biondo, P. D., Stiles, C. R., Yurtseven, O., Fainsinger, R. L., & Hagen, N. A. (2011). Effectiveness of knowledge translation interventions to improve cancer pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(5), 915-939.

- Curry Narayan, M. (2010). Culture's effects on pain assessment and management. *American Journal of Nursing*, 110(4), 38 – 47.
- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95-111
- Deandrea, S., Montanari, M., Moja, L., & Apolone, G. (2008). Prevalence of under treatment of cancer pain. *Annals of Oncology*, 19, 1985-1991.
- Dewar, A. (2006). Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 33-38.
- Duhn, L. J., & Medves, J. M. (2004). A systematic integrative review of infant pain assessment tools. *Advances in Neonatal care*, 4(3), 126-40.
- Eccleston, C., Williams, A. C. D. C., & Morley, S. (2013). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-108. Art. No.: CD007407.
- Feldt, K. S. (2000). The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1), 13-21.
- Field, M., & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.
- Fishman, S. M., Young, H. M., Arwood, E. L., Chou, R., Herr, K., Murinson, B. B.,...Strassels, S. A. (2013). Core competencies for pain management: Results of an interprofessional consensus summit. *Pain Medicine*, 14, 971–981.
- Fleiss, J. L., Levin, B., and Paik, M.C. (2003). *Statistical Methods for Rates and Proportions* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Fuchs-Lacelle, S., & Hadistavropolous, T. (2004). Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Management Nursing*, 5(1), 37-49.
- Gale Encyclopedia of Medicine®. (2008). Definition of Relaxation Technique. The Gale Group, Inc. Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Relaxation+technique>
- Gélinas, C. (2010). Nurses' evaluations of the feasibility and the clinical utility of the Critical-Care Pain Observation Tool. *Pain Management Nursing*, 11(2), 115-125.
- Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*, 15(4), 420-427.
- Gélinas, C., Harel, F., Fillion, L., Puntillo, K. A., & Johnston, C. C. (2009). Sensitivity and specificity of the critical-care pain observation tool for the detection of pain in intubated adults after cardiac surgery. *Journal of Pain & Symptom Management*, 37(1), 58-67.
- Gélinas, C., & Johnston, C. (2007). Pain assessment in the critically ill ventilated adult: Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and physiological indicators. *The Clinical Journal of Pain*, 23(6), 497-505.
- Goldberg, G. R., & Morrison, R. S. (2007). Pain management in hospitalized cancer patients: A systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 25(13), 1792–1801.

- Guideline Development Group (GDG). (2008). *The recognition and assessment of acute pain in children*. Royal College of Nursing, London, UK. Retrieved from <http://www.rcn.org.uk/development/practice/clinicalguidelines/pain>
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk. D. C., Fine, P. G., Dworkin, R. H., Helme, R.,...Williams, J. (2006). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clinical Journal of Pain* 23(1), S1-43.
- Hadjistavropoulos, T., Marchildon, G., Fine, P., Herr, K., Palley, H., Kaasalainen, S., & Beland, F. (2009). Transforming long-term care pain management in North America: The policy clinical interface. *Pain Medicine*, 10, 506-520.
- Harrison, D., Bueno, M., Yamada, J., Adams-Webber, T., & Stevens, B. (2010). Analgesic effects of sweet-tasting solutions for infants: Current state of equipoise. *Pediatrics*, 126(5), 894-902.
- Harrison, D., Stevens, B., Bueno, M., Yamada, J., Adams-Webber, T., Beyene, J., & Ohlsson, A. (2010). Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 95(6), 406-413.
- Hatfield, L. A., Chang, K., Bittle, M., Deluca, J., & Polomano, R. C. (2011). The analgesic properties of intraoral sucrose: An integrative review. *Advances in Neonatal Care*, 11(2), 83-92.
- Health Canada (2006). Advance care planning: The Glossary Project: Final report. [Online]. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/palliat/2006-proj-glos/index-eng.php>
- Health Care Innovation Workgroup. (2012). *From Innovation to Action: The First Report of the Health Care Innovation Working Group*. Pg.14. Retrieved from <http://www.councilofthefederation.ca/keyinitiatives/Healthcare.html>
- Herr, K., Bursch, H., Miller, L.L., & Swafford, K. (2010). Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: Expert consensus recommendations for practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(3), 18-29.
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250.
- Hicks, C. L., von Baeyer, C. L., Spafford, P. A., van Korlaar, I., & Goodenough, B. (2001). The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93, 173-83.
- Huguet, A., & Miro, J. (2008). The severity of chronic pain: An epidemiological study. *The Journal of Pain*, 9(3), 226-236.
- Hunter, J., Watt-Watson, J., McGillion, M., Raman-Wilms, L., Cockburn, L., Lax, L.,...Salter, M. (2008). An interfaculty pain curriculum: Lessons learned from six years experience. *Pain*, 140, 74-86.
- Hutson, P. (2009). Is the use of intravenous opioids essential to control pain during colonoscopy? *Gastrointestinal Nursing*, 7(3), 15 - 23
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2009). *Assessment and Management of Chronic Pain*. Retrieved from http://www.icsi.org/pain_chronic_assessment_and_management_of_14399/pain_chronic_assessment_and_management_of_guideline.html
- Institute for Healthcare Improvement. (2011). *What is a Care Bundle?* Retrieved from <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/ImprovementStories/WhatIsaBundle.aspx>

- International Association for the Study of Pain (IASP). (2012a). *IASP Curriculum Outline on Pain for Nursing*. Retrieved from <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Nursing>
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2012b). *Desirable characteristics of national pain strategies: Recommendations by the International Association for the Study of Pain*. Retrieved from <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/Advocacy/DesirableCharacteristicsofNationalPainStrategies/default.htm>
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2012c). *Pain Terminology*. Retrieved from http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions
- Irajpour, A. (2006). Interprofessional education: A facilitator to enhance pain management? *Journal of Interprofessional Care*, 20, 675-678.
- Irajpour, A., Norman, I., & Griffiths, P. (2006). Interprofessional education to improve pain management. *British Journal of Community Nursing*, 11(1), 29-32.
- Jarzyna, D., Jungquist, C., R., Pasero, C., Willens, J. S. Nisbet, A., Oakes, L.,...Polomano, R. (2011). American Society for Pain Management Nursing Guidelines on Monitoring for Opioid-Induced Sedation and Respiratory Depression. *Pain Management Nursing* 12(3), 118-145.
- Jensen, M., & Karoly, P. (2001). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In D. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (pp.15-34). New York: Guildford Press.
- Jensen, M., Karoly, P., & Huger, R. (1987). The development and preliminary validation of an instrument to assess patient's attitudes toward pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(3), 393-400.
- Johnston, C., Barrington, K. J., Taddio, A., Carbajal, R., & Fillion, F. (2011). Pain in Canadian NICUs: Have we improved over the past 12 years? *Clinical Journal of Pain*, 27, 225-32.
- Kavanagh, T., Watt-Watson, J., & Stevens, B. (2007). An Examination of the Factors Enabling the Successful Implementation of Evidence-based Acute Pain Practices into Pediatric Nursing. *Children's Health Care*, 36(3), 303-321.
- Kehlet, H., Jensen, T., & Woolf, C. (2006). Persistent surgical pain: Risk factors and prevention. *Lancet*, 367, 1618-25.
- King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., Macnevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L., & Macdonald, A. J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. *Pain*, 152(12), 2729-38.
- Lander, J. A., Weltman, B. J., & So, S. (2006). EMLA and amethocaine for reduction of children's pain associated with needle insertion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD004236.
- Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, S.B., & Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Network*, 12, 59-66.
- Leef, K. H. (2006). Evidence-based review of oral sucrose administration to decrease the pain response in newborn infants. *Neonatal Network*, 25(4), 275-284.
- Lefebvre-Chapiro, S. & the DOLOPLUS Group. (2001). The DOLOPLUS 2 scale-evaluating pain in the elderly. *European Journal of Palliative Care*, 8, 191-194.
- LeFort, S. M., Gray-Donald, K., Rowat, K. M., & Jeans, M. E. (1998). Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Pain*, 74(2-3), 297-306.

- Lynch, M. (2011). The need for a Canadian pain strategy. *Pain Research & Management*, 16(2), 77-80.
- Malviya, S., Voepel-Lewis, T., & Tait, A. R. (2006). A Comparison of Observational and Objective Measures to Differentiate Depth of Sedation in Children from Birth to 18 Years of Age. *Anesthesia and Analgesia*, 102(2), 389-394.
- Malviya, S., Voepel-Lewis, T., Burke, C., Merkel, S., & Tait, A. R. (2006). The revised FLACC observational pain tool: Improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatric Anaesthesia*, 16, 258-65.
- McAuliffe, L., Nay, R., O'Donnell, M., & Fetherstonhaugh, D. (2009). Pain assessment in older people with dementia: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 2-10.
- Meeker, M. A., Finnell, D., & Othman, A. K. (2011). Family caregivers and cancer pain management: A review. *Journal of Family Nursing*, 17(1), 29-60.
- Mental Health Commission of Canada. (2009). *Toward recovery and well-being. A framework for a mental health strategy for Canada*. Retrieved from <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/Reports.aspx>
- Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. R., & Malviya, S. (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 23(3), 292-97.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain (2nd ed.)*. Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Middleton, C. (2003). Understanding physiological effects of unrelieved pain. *Nursing Times*, 99(37), 28-31.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., D., Altman, D. G., & The PRISMA Group (2009). Preferred reporting Items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535
- Monsivais, D., & McNeill, J. (2007). Multicultural influences on pain medication attitudes and beliefs in patients with nonmalignant chronic pain syndromes. *Pain Management Nursing*, 8(2), 64-71.
- Morrison, R. A. (1991). Update on sickle cell disease: incidence of addiction and choice of opioid in pain management. *Pediatric Nursing*, 17(5), 503.
- Mosby's Dental Dictionary, 2nd edition[®], (2008). Definition of Intrathecally. Elsevier, Inc. Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/intrathecally>
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Gilron, I., Ware, M. A., Watson, C. P., Sessle, B. J.,... Velly, A. (2007). Pharmacological management of chronic neuropathic pain – Consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Research and Management*, 12(1), 13-21.
- National Opioid Use Guideline Group (NOUGG). (2010). *Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain. Part A & B*. National Pain Centre, McMaster University. Retrieved from <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid>
- Nilsson, U. (2008). The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: A systematic review. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal*, 87(4), 780-807.
- Nnoaham, K. E., & Kumbang, J. (2008). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003222.

Anexo A: Glosario de términos

Adicción: una enfermedad neurobiológica primaria, crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y sus manifestaciones. Se caracteriza por un comportamiento que incluye uno o más de los siguientes aspectos: deterioro del control sobre el consumo de drogas, el uso compulsivo, el uso continuado a pesar del daño, y el deseo (National Opioid Use Guideline Group, 2010).

Analgesia controlada por el paciente (ACP): la autoadministración de analgésicos por un paciente instruido para ello; se refiere a la autosoficación, por lo general con opioides por vía intravenosa, (consulte la definición de opioide) administrada por medio de una bomba de perfusión programable, pero también puede referirse a la autoadministración por vía oral de opiáceos en las instituciones (RNAO, 2007).

Atributo: una cualidad o característica de la persona, cosa, o grupo (Webster's New World College Dictionary®, 2010)

Autoinforme: capacidad para comunicar, ya sea de forma verbal o no verbal (parpadeo de los ojos, escribir sobre el propio dolor). El autoinforme requiere la capacidad de comprender una tarea como la utilización de las escalas de dolor y la capacidad de comunicar de alguna manera sobre el dolor experimentado. El autoinforme requiere de habilidades cognitivas (pensamiento abstracto) y está influido por el contexto (Herr et al., 2011; Zwakhalen et al., 2006).

Calidad: el grado en el que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de los resultados de salud deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual (World Health Organization [WHO], 2009).

Característica: véase Atributos (Webster's New World College Dictionary. Copyright © 2010)

Características del dolor: el dolor se puede describir en función de unas características específicas, como: 1) área(s) del cuerpo involucrada(s), 2) sistema(s) del cuerpo afectado(s), y 3) la duración, y 4) la frecuencia, 5) la Intensidad 6) el tipo de sensaciones (ej. punzante, palpitante...) y 7) la causa (si se conoce) (Merskey & Bogduk, 1994).

Cliente: un cliente puede ser un individuo (paciente, persona, residente, o consumidor) e incluye miembros de la familia, los cuidadores, tutores, grupos o comunidades (CNO, 2013b; Mental Health Commission of Canada, 2009; RNAO, 2006). En esta guía, hemos utilizado la palabra "persona" para describir a los individuos con dolor o el riesgo de cualquier tipo de dolor. Véase tutor.

Conjunto de cuidados: ayudan a los profesionales de la salud a proporcionar de forma constante los mejores cuidados posibles a las personas que sufren un estado concreto de salud o tratamiento. Los conjuntos de cuidados son un pequeño grupo de prácticas basados en la evidencia –aproximadamente de tres a cinco– que si se llevan a cabo son conocidos por mejorar los resultados de las personas que experimentan un estado concreto de salud o tratamiento (Institute for Healthcare Improvement, 2011).

Consenso: un proceso para la toma de decisiones sobre políticas, no un método científico para crear nuevos conocimientos. El desarrollo del consenso hace el mejor uso de la información disponible, ya sean los datos científicos o del conocimiento de los participantes (Black et al., 1999).

Creencias erróneas: creencias erróneas que se cree que son verdad a pesar de la evidencia que demuestra lo contrario y que impiden que la valoración y el manejo eficaz del dolor. (Watt-Watson, 1992).

Cuidados interprofesionales: son la prestación de servicios integrales de salud a los pacientes por parte de múltiples profesionales de la salud que trabajan en colaboración para ofrecer unos cuidados de calidad dentro de cada institución y en todas como conjunto (Health Care Innovation Workgroup, 2012).

Cultura: se refiere a los valores, creencias, normas y formas de vida de un individuo o un grupo compartidos y aprendidos. Influye en el pensamiento, las decisiones y las acciones (CNO, 2013b).

Dependencia (física): estado de adaptación que se manifiesta por un síndrome de abstinencia específico de la droga que puede ser producido por la interrupción brusca, la reducción rápida de la dosis, la disminución en el nivel en sangre del fármaco o la administración de un antagonista (National Opioid Use Guideline Group, 2010).

Dolor: una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño (IASP, 2012c).

El dolor puede ser agudo o persistente (crónico) o las dos a la vez.

- Dolor agudo es la percepción de las señales de peligro del tejido dañado recientemente, complicado por la sensibilización en la periferia y en el sistema nervioso central. Su intensidad y resolución cambia en los procesos inflamatorios, la cicatrización de los tejidos y el movimiento. El dolor agudo desagradable promueve la supervivencia. El dolor agudo es el dolor a corto plazo de menos de doce semanas de duración.
- Dolor persistente (crónico) es el dolor que dura más tiempo de lo habitual para la curación (es el dolor después de un traumatismo o cirugía) (IASP, 2012b).

El dolor se clasifica comúnmente como nociceptivo o neuropático (IASP, 2012b).

- Nociceptivo el dolor surge del daño real o potencial a los tejidos no neurales y debido a la activación de los nociceptores. Se produce en un sistema nervioso que funciona de forma normal en comparación con el funcionamiento anormal en el dolor neuropático.
- Neuropático el dolor es causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensoria.

Ensayo controlado aleatorio: los ensayos clínicos implican al menos un test de tratamiento y un test de control, la participación simultánea y el seguimiento de los grupos de tratamiento y control y el hecho de que los tratamientos que se administran son seleccionados por un proceso aleatorio.

Epidural: la inyección de un agente terapéutico en el espacio anatómico lleno de grasa y vasos sanguíneos ubicado en el canal espinal, dentro o fuera de la duramadre (membrana resistente que rodea la médula espinal); los sinónimos son extradural y peridural (RNAO, 2007).

Evidencia: es la información que más se aproxima a los hechos de una materia. La forma que toma dependerá del contexto. Los resultados de alta calidad y la investigación metodológicamente adecuada proporcionan la evidencia más precisa. Como la investigación es a menudo incompleta y en ocasiones contradictoria o no está disponible, otros tipos de información son complementos o sustitutos necesarios de la investigación. La evidencia en la que se basan las decisiones implica la combinación de las múltiples formas de evidencia y el equilibrio entre rigor y la conveniencia siempre primando la primera sobre la segunda (Canadian Health Services Research Foundation, 2006).

Guía de buenas prácticas: declaraciones elaboradas de forma sistemática para ayudar a los profesionales de la salud y en las decisiones del cliente sobre el cuidado de salud apropiado (la práctica) para la situación clínica específica (Field & Lohr, 1990).

Guía de práctica clínica: véase Guía de Buenas prácticas.

Interacciones: las posibles interacciones (reacciones adversas) entre la medicamentos prescritos y la medicación complementaria y alternativa (terapia cruzada) (Taylor, Walsham, Taylor, & Wong, 2006).

Intratecal: la inyección de un agente terapéutico en la vaina que rodea la médula espinal, que es un área llena de líquido situada entre la capa más interna (la piamadre) de la médula espinal y la capa media (la aracnoides). Esto también se conoce como el espacio subaracnoideo (Adapted: Mosby's Dental Dictionary, 2nd edition[®], 2008).

Opioide: término preferente para utilizarlo en lugar de "narcótico" en el contexto de la analgesia, ya que se refiere a la medicación utilizada para el manejo del dolor, como la morfina, la oxycodona y codeína. Dentro de los opioides se incluyen todos los analgésicos, naturales y sintéticos (National Opioid Use Guideline Group, 2010).

Partes interesadas: un individuo, grupo u organización con un interés personal en las decisiones y acciones de las instituciones que pueden tratar de influir en las decisiones y acciones (Baker et al., 1999). Las partes interesadas incluyen a todas las personas o grupos que se verán directa o indirectamente afectados por el cambio o la solución del problema.

Persona: en esta guía, la palabra que usamos para describir a las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo.

Recomendaciones para la formación: afirmaciones sobre los requisitos y enfoques educativos o estrategias para la introducción, implantación y sostenibilidad de la guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la organización y directrices: afirmaciones sobre las condiciones necesarias para un entorno de práctica que permitan la implantación exitosa de la guía de buenas prácticas. Las condiciones para el éxito son en gran medida responsabilidad de la organización, aunque pueden tener implicaciones para las directrices a nivel más amplio en un gobierno o a nivel social.

Recomendaciones para la práctica: afirmaciones sobre las buenas prácticas dirigidas a la práctica de los profesionales de la salud, idealmente, están basadas en la evidencia.

Registro de enfermería: un registro de enfermería es un grupo de intervenciones basadas en la evidencia que son específicas para la disciplina de la enfermería; Se lleva a cabo de forma independiente por las enfermeras (es decir, sin la firma de un médico) para estandarizar los cuidados proporcionados en un problema clínico específico (en este caso dolor).

Revisión sistemática: La Cochrane Collaboration (2011) dice que: "una revisión sistemática intenta recopilar toda la evidencia empírica que se ajuste a los criterios de elegibilidad especificados previamente con el fin de responder a una pregunta de investigación específica." Una revisión sistemática utiliza métodos sistemáticos, explícitos y reproducibles para identificar, seleccionar, y evaluar críticamente la investigación relevante, y para recopilar y analizar los datos de los estudios incluidos en la revisión (The Cochrane Collaboration, 2011).

Técnicas de relajación: las técnicas utilizadas para aliviar el estrés como el ejercicio, el biofeedback, la hipnosis y la meditación que se utilizan en la terapia cognitivo-conductual para enseñar a las personas las diferentes maneras de enfrentarse al estrés (Adapted from Gale Encyclopedia of Medicine, 2008).

Tolerancia: un estado de adaptación en el que la exposición a una medicación induce cambios que producen una disminución de uno o más de los efectos de la medicación en el tiempo. La aparición de los síntomas de abstinencia no debe ser considerada como una adicción. Estos síntomas son una respuesta fisiológica a la disminución de los niveles de medicación opioide (National Opioid Use Guideline Group, 2010).

Tutor: una persona nombrada por el Ministry of Health and Long-Term Care: Health Care Consent Act, 1996 (HCCA, por sus siglas en inglés) en Canada, que toma las decisiones sobre el tratamiento de manera continua en los casos de incapacidad mental. El HCCA proporciona una jerarquía de personas elegibles, por lo general el cónyuge, la pareja o familiar. Puede darse el caso de que el poder notarial para el cuidado de la persona (tratamiento) no sea la misma persona con el poder legal para las decisiones (CNO, 2013a; Health Canada, 2006).

Anexo B: Proceso de desarrollo de la guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario se ha comprometido a garantizar que esta guía de buenas prácticas se basa en la mejor evidencia disponible. Con el fin de cumplir con este compromiso, se ha establecido, cada cinco años, un proceso de seguimiento y revisión para cada guía.

Para esta edición de la guía, la RNAO reunió a un equipo de profesionales de la salud expertos integrados por miembros del equipo anterior, así como otras personas recomendadas, con particular experiencia en esta área de práctica. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la evidencia que tuvo en cuenta el alcance de la guía original y el suplemento con la revisión posterior (2007). Sin embargo, el objetivo último de esta revisión fueron las competencias básicas en el ámbito de la práctica de enfermería requeridas para la valoración y manejo del dolor, que fue respaldada por cuatro preguntas clínicas. Se recopiló la literatura y las guías publicadas entre 2007 y 2012. Estas son las preguntas de investigación que guiaron la revisión sistemática:

1. What ¿Cuáles son los métodos en enfermería más eficaces para la valoración del dolor en las personas?
2. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería más efectivas para prevenir y manejar el dolor en las personas (farmacológicas, no farmacológicas, complementarias/alternativas)?
3. ¿Qué formación se necesita para las estudiantes de enfermería en relación con los cuidados eficaz contra el dolor?
4. ¿Cómo apoyan las las instituciones de salud las prácticas óptimas de valoración y manejo del dolor?

El papel del equipo de expertos de la RNAO fue revisar el original (2002) y el suplemento de la revisión (2007) en busca de nueva evidencia, específicamente para asegurar la validez, la pertinencia y la seguridad de las recomendaciones de la guía. Esta edición es el resultado del trabajo del equipo de expertos para integrar la evidencia más reciente y la mejor evidencia para actualizar las recomendaciones de la guía y respaldar la evidencia del suplemento de la revisión de 2007.



Anexo C: Proceso de revisión sistemática/ estrategia de búsqueda

Revisión de la guía

El coordinador del equipo de desarrollo del proyecto de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario buscó una lista establecida de páginas web de guías y otros contenidos relevantes publicados entre 2006 y 2012. Esta lista se compiló a partir del conocimiento de las páginas web de la práctica basada en la evidencia y las recomendaciones de la literatura. La información detallada acerca de la estrategia de búsqueda de las guías existentes, incluida la lista de páginas web de búsquedas y los criterios de inclusión, se encuentran disponibles en www.RNAO.ca. Las guías también fueron identificadas por los miembros del equipo de expertos.

Los miembros del equipo de expertos evaluaron críticamente 16 guías internacionales utilizando la *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II* (Brouwers et al., 2010). A partir de esta revisión, se seleccionaron las siguientes once guías para describir el proceso de revisión:

American Medical Directors Association (AMDA). (2012). Pain management in the long-term care setting. Columbia, MD: AMDA.

Cancer Care Ontario. (2008). Practice Evidence-Based Series #16-2. Cancer-related pain management: A report of evidence-based recommendations to guide practice. Cancer Care Ontario (CCO).

Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC). (2010). Cancer Care Ontario's Symptom Management Guides-to-Practice: Pain. Cancer Care Ontario (CCO). Retrieved from <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/>.

Guideline Development Group (GDG). (2008). The recognition and assessment of acute pain in children. Royal College of Nursing, London, UK.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2007). Assessment and management of pain. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).

Royal College of Nursing. (2009). The recognition and assessment of acute pain in children. Royal College of Nursing, London, UK.

Royal College of Physicians, British Geriatrics Society and British Pain Society. (2007). The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series, No 8. London: RCP.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2008). Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline. No., 106. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Spence, K., Henderson-Smart, D., New, K., Evans, C., Whitelaw, J., Woolnough, R. and Australian and New Zealand Neonatal Network. (2010). Evidence-based clinical practice guideline for management of newborn pain. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 184–192.

Symptom Management Group (SMG). (2010). Cancer Care Ontario's Symptom management guides-to-practice: Pain. Cancer Care Ontario (CCO).

Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S.,...Shah, V. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: An evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E843-E855.

Revisión sistemática

Coincidiendo con la revisión de las guías existentes, se realizó una búsqueda de la literatura reciente relevante para el alcance de la guía con el asesoramiento del equipo de expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. La búsqueda sistemática de la literatura se llevó a cabo por un documentalista en salud. La búsqueda, se limitó a artículos en Inglés, publicados entre 2006 y 2012, se aplicó a las bases de datos CINAHL, Embase, DARE, Medline, el Cochrane Central Register of Controlled Trials y la Cochrane Database of Systematic Reviews, ERIC, Joanna Briggs, y PsycINFO. La búsqueda inicial de los estudios pertinentes relacionados con las preguntas 1 y 2 devolvió 11.768 artículos. Debido al volumen de la investigación, los criterios de inclusión de la metodología del estudio se modificaron y se limitaron a metaanálisis, revisiones sistemáticas, revisiones integradoras, los ensayos controlados aleatorios y las síntesis de evidencia cualitativa. La información detallada sobre la estrategia de búsqueda para la revisión sistemática, incluidos los criterios de inclusión y exclusión, así como términos de búsqueda, está disponible en www.RNAO.ca. Dos investigadores asociados (enfermeras con máster) evaluaron de forma independiente la elegibilidad de los estudios de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. La directora del programa de guías de buenas prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario junto con el equipo de expertos resolvieron los desacuerdos.

Las puntuaciones de la evaluación de la calidad de 12 artículos (una muestra aleatoria del 14% de los artículos elegibles para la extracción de datos y la evaluación de la calidad) fueron evaluadas de forma independiente por investigadores asociados de las guías de buenas prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. El acuerdo aceptable entre los evaluadores (estadística kappa, $K = 0,63$) justifica su paso a la evaluación de la calidad y la obtención de datos dividiendo los estudios restantes, por igual, entre los dos investigadores asociados (Fleiss, Levin, & Paik, 2003). Se completó un resumen final de los resultados de la literatura. Se proporcionaron las tablas de datos completa y un resumen a todos los miembros del equipo. En septiembre de 2012, el equipo de expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario fue convocado para revisar y lograr un consenso sobre las recomendaciones de la guía y la discusión de la evidencia.

Una revisión de la literatura más reciente y de las guías relevantes publicadas entre 2006 y 2012 dio lugar a una actualización completa de las recomendaciones de la guía existente. Esta tercera edición de la guía es el resultado de la obra original, el suplemento y los resultados de la literatura. Los siguientes diagramas de flujo del proceso de revisión de las guías y los artículos se presentan de acuerdo con la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Mohler, Liberati, Tetzlaff, Altman & The Prisma Group, 2009).

Se encuentra disponible una bibliografía completa de todos los artículos a texto completo seleccionados para su inclusión en <http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-pain>

Diagrama de flujo del proceso de revisión de la guía

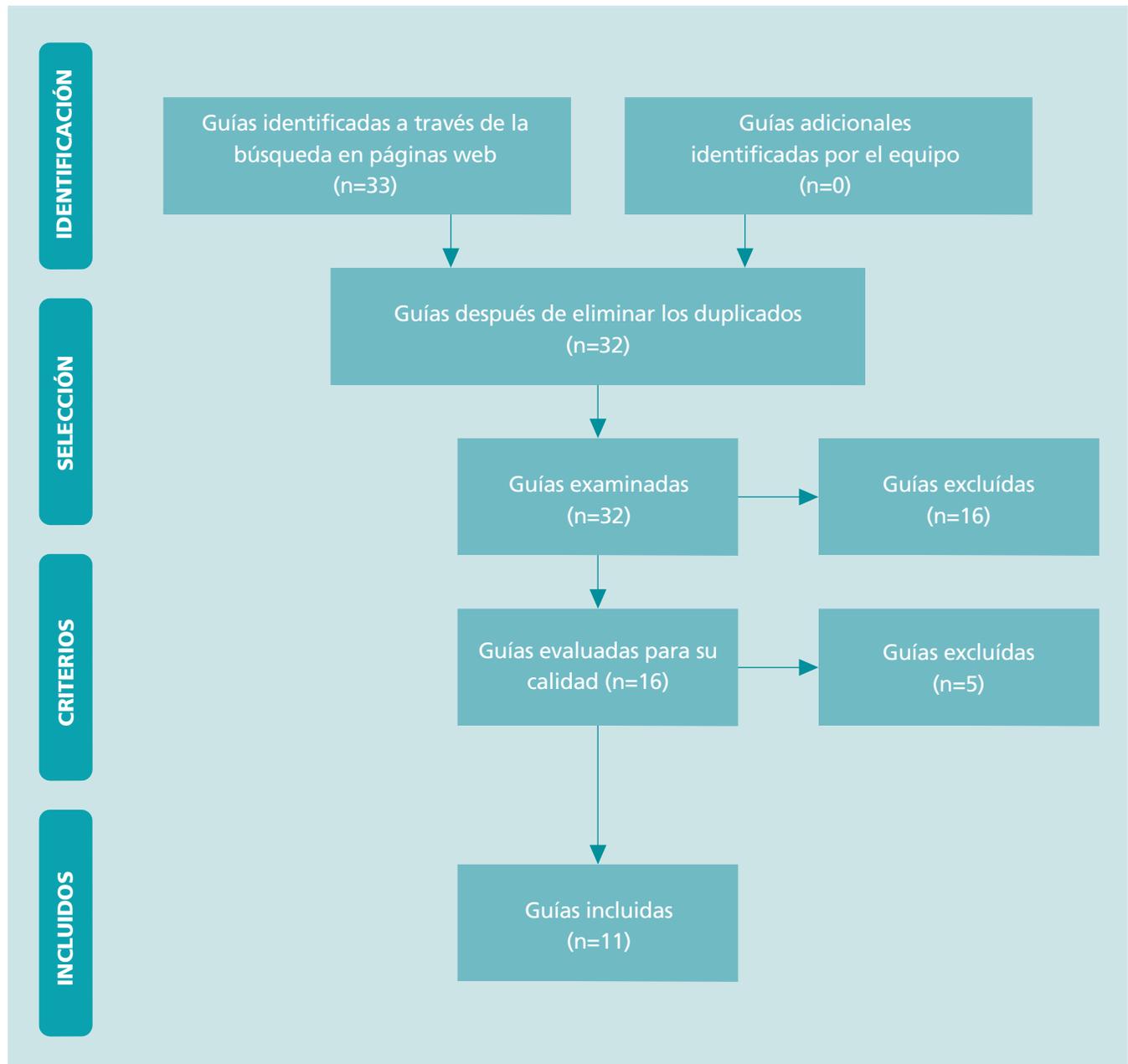
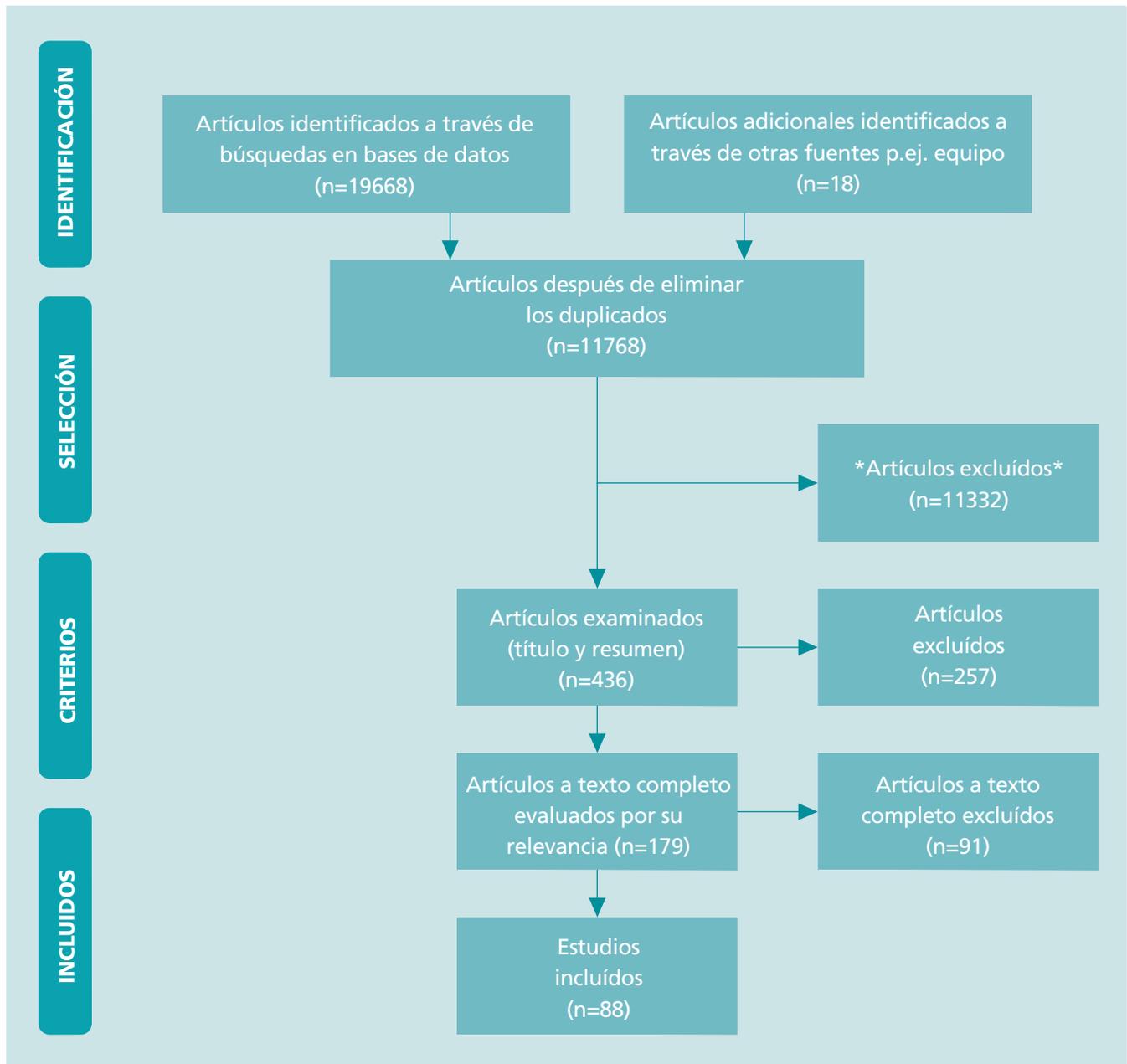


Diagrama de flujo adaptado de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman, & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Diagrama de flujo de la revisión de artículos



Artículos excluidos: fuera del alcance del proyecto y debido al volumen de estudios.

Diagrama de flujo adaptado de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman, & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. BMJ 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Anexo D: Recursos para la valoración y manejo del dolor – Lista de páginas web

LISTA DE PÁGINAS WEB RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN O MANEJO DEL DOLOR		
About.com	<p>Trata de temas de salud como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor crónico <ul style="list-style-type: none"> ● Valoración p.ej. escala FLACC ● Diagnóstico y manejo ● Tratamiento ● Afrontamiento 	http://pain.about.com/od/testingdiagnosis/ig/pain-scales/Flacc-Scale.htm
Accreditation Canada's Qmentum Program	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estándares sobre el dolor 	http://www.canadianpainsociety.ca/pdf/Standards-Statement-CCHSA.pdf
The Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland	<p>Guías:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Guía de buenas prácticas en el manejo del dolor preoperatorio y durante procedimientos (Good Practice in Postoperative and Procedural Pain Management, 2nd edition, en inglés). 	http://www.apagbi.org.uk/
Australian and New Zealand. College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine	<p>Documentos profesionales y educativos, por ejemplo, Manejo del dolor agudo: guías de evidencia científica</p>	http://www.fpm.anzca.edu.au/

LISTA DE PÁGINAS WEB RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN O MANEJO DEL DOLOR (CONT.)

International Association for the Study of Pain (IASP)	Página web que reúne a científicos, médicos, profesionales de la salud y responsables de políticas para estimular y apoyar el estudio del dolor y trasladar ese conocimiento en la mejora del alivio del dolor en todo el mundo. <ul style="list-style-type: none"> ■ Difusión de la investigación en la evaluación y manejo del dolor (por ejemplo, cambios en las herramientas de evaluación). ■ Actualizaciones clínicas – Información sobre diversos temas sobre el dolor y tipos de dolor. 	http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=About_IASP3&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1608
The British Pain Society	Guías para Programas de manejo del dolor en adultos	http://www.britishpainsociety.org/book_pmp_main.pdf
	Guía sobre: La valoración del dolor en las personas mayores	http://www.bgs.org.uk/Publications/Publication%20Downloads/Sep2007PainAssessment.pdf
The Canadian Pain Society	Recursos: <ul style="list-style-type: none"> ■ Manual de Acreditación de Canadá – Estándares sobre el dolor ■ Hojas Informativas sobre el dolor ■ Escenarios sobre la enseñanza del dolor ■ Vínculos a páginas web Otros: <ul style="list-style-type: none"> ■ Versiones en francés/inglés ■ Revistas ■ Oportunidades de financiación a la investigación 	http://www.canadianpainsociety.ca/en/about_policy.html
Búsqueda de cuidados	Red de conocimientos sobre cuidados paliativos: <ul style="list-style-type: none"> ■ Evidencia Clínica ■ Gestión del paciente ■ Herramientas de valoración del dolor 	http://www.caresearch.com.au/caresearch/ClinicalPractice/Physical/Pain/AssessmentTools/tabid/748/Default.aspx

LISTA DE PÁGINAS WEB RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN O MANEJO DEL DOLOR (CONT.)

<p>College of Physicians of Canada</p>	<p>Recursos sobre el dolor crónico que no proviene del cancer del College of Family Physicians of Canada (CFPC, por sus siglas en inglés):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ material ▪ recursos de páginas web, ▪ Documentos y guías de práctica clínica para los médicos que tienen un interés especial en el dolor crónico no proveniente del cáncer 	<p>http://www.cfpc.ca/Chronic_Non_Cancer_Pain_Resources/#sthash.pmrNPaOl.dpuf</p>
<p>McMaster University-National Pain Centre</p>	<p>Guías</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guía canadiense para un uso seguro y eficaz de los opioides en el dolor crónico no preveniente del cáncer <ul style="list-style-type: none"> ● Anexo B-2: Herramienta para el riesgo de los opiáceos ▪ Manejo de la cefalea primaria en adultos ▪ Evidencia en el manejo del dolor de espalda en la de Atención Primaria ▪ Manejo farmacológico del dolor neuropático crónico – Declaración de consenso y las guías de la Sociedad Canadiense del Dolor ▪ Recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo médico del dolor crónico no maligno (CPSO 2000) ▪ Guía de referencia para los médicos para el manejo médico del dolor crónico no maligno (CPSO 2000) ▪ <i>Aplicaciones para el móvil</i> 	<p>http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/index.html</p> <p>Opioid Risk Tool:</p> <p>http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/cgop_b_app_b02.html</p>
<p>Temas sobre el tratamiento del dolor</p>	<p>Recursos no comerciales para profesionales de la salud y sus pacientes, que proporciona acceso abierto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ noticias clínicas ▪ la información, la investigación y la educación en las prácticas basadas en la evidencia sobre el manejo del dolor ▪ herramientas de valoración del dolor y la discapacidad 	<p>http://pain-topics.org/index.php</p> <p>Pain Assessment Tools:</p> <p>http://pain-topics.org/clinical_concepts/assess.php</p>

LISTA DE PÁGINAS WEB RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN O MANEJO DEL DOLOR (CONT.)

RNAO Best Practices Resources Toolkit- Long Term Care	Conjunto de herramientas para la valoración y manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> ■ Conceptos clínicos sobre el dolor ■ Tratamientos con y sin opioides ■ Educación – Formación continuada médica y del cliente ■ Investigación ■ Recursos de los clientes 	http://ltctoolkit.rnao.ca/resources/pain
University of Toronto	Guía de recursos sobre el dolor <ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración y manejo ■ Herramientas ■ Recursos de lectura y formación 	http://guides.library.utoronto.ca/content.php?pid=278354&sid=2292934
World Health Organization (WHO)	Guías	http://www.who.int/publications/guidelines/en/index.html

CUIDADOS PALIATIVOS

Frasier Health Hospice	Guías: Guía sobre síntomas en los cuidados paliativos	http://www.northernhealth.ca/Portals/0/Your_Health/HCC/Hospice%20Palliative%20Care/NH%20HPC%20Resources/Symptom%20Guidelines%202nd%20Edition.pdf
City of Hope Pain & Palliative Care Resource		http://prc.coh.org/pain_assessment.asp

CUIDADOS CONTRA EL CÁNCER

Cancer Care Ontario	Conjunto de herramientas: Guías	https://www.cancercare.on.ca/
---------------------	---------------------------------	---

LISTA DE PÁGINAS WEB RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN O MANEJO DEL DOLOR (CONT.)

<p>Frasier Health Hospice</p>	<p>Guías: Guía sobre síntomas en los cuidados paliativos</p>	<p>http://www.northernhealth.ca/Portals/0/Your_Health/HCC/Hospice%20Palliative%20Care/NH%20HPC%20Resources/Symptom%20Guidelines%202nd%20Edition.pdf</p>
<p>Sick Kids Hospital</p>	<p>Folletos de educación sobre el dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor después de una operación: el cuidado del dolor de su hijo en casa ■ Pain At Home: Taking Care of Your Child ■ Pain Diary: Pain After an Operation ■ Pain Medicines ■ Pain Relief: Comfort Kit ■ Pain: How to Talk to Kids About Their Pain ■ Pain-Free Injections 	<p>http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/Pages/default.aspx?name=p</p>
	<p>Centro de recursos sobre el dolor</p>	<p>http://www.aboutkidshealth.ca/En/ResourceCentres/Pain/Pages/default.aspx</p>
	<p>Herramientas de valoración del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Herramientas de valoración del dolor descargables para que los padres valoren el dolor de sus hijos que no se expresan. <ul style="list-style-type: none"> ● Medición del dolor postoperatorio para los padres; lista de verificación (PDF) ● Lista de medición del dolor (para niños que no se expresan) (PDF) ● Diario del dolor 	<p>http://www.aboutkidshealth.ca/En/ResourceCentres/Pain/AtHome/PainAssessment/Pages/Pain-Assessment-Tool.aspx</p>

Anexo E: Herramientas de autoinforme validadas para niños, adolescentes y adultos

HERRAMIENTAS UNIDIMENSIONALES		
Medida	Indicador/Componentes	Consideraciones
Faces Pain Scale- Revised (FPS-R)	<ul style="list-style-type: none"> ■ La Escala de caras de dolor revisada (FPS-R) ha sido modificada de manera que la Escala de caras de dolor (FPS) fue compatible con la puntuación con otras escalas de auto-clasificación y escalas de comportamiento. ■ Seis caras neutrales por género. ■ Caras varían desde ningún dolor a tanto dolor como es posible soportar. ■ Clasificación del 0-10 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diseñado para ser utilizado en niños de 5-12 años de edad, pero se ha utilizado en niños de 4-18 años ■ Evidencia bien consolidada sobre la fiabilidad, la validez y la capacidad para detectar cambios. ■ Alta viabilidad (de rápido y fácil usar). ■ Traducido a ≥ 35 idiomas. ■ Desventajas: evidencia limitada en relación con la interpretación de las puntuaciones y la evidencia mixta sobre la aceptabilidad de la escala con los niños.
Escala numérica (NRS)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pida a personas que clasifiquen su dolor de 0 a 10. ■ La clasificación de 0-10 donde 0 es 'sin dolor' y 10 'el dolor es insoportable'. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se utiliza en los adultos, personas mayores y los adolescentes y niños mayores de 8 años de edad. ■ Evidencia bien consolidada sobre la fiabilidad, la validez y la capacidad para detectar cambios. ■ No se necesita equipo para administrar esta medida. ■ Alta viabilidad (de rápido y fácil usar).

HERRAMIENTAS UNIDIMENSIONALES		
Medida	Indicador/Componentes	Consideraciones
Verbal Rating Score (VRS)	<ul style="list-style-type: none"> Una lista de adjetivos que describen diferentes niveles de intensidad del dolor. La escala de 5 puntos incluye las descripciones de dolor: leve, moderado, severo y muy severa. 	<ul style="list-style-type: none"> Se utiliza con los adultos para explicar los niveles de intensidad del dolor (leve [1-3], moderado [4-6], grave [7-10]). Validez establecida. Alta viabilidad (de rápido y fácil usar). Al igual que en la intensidad del dolor actual que forma parte del McGill Pain Questionnaire – forma corta. Desventajas: si hay una lista larga la persona tendrá que estar familiarizada con toda la lista antes de que pueda seleccionar el que describe su dolor.



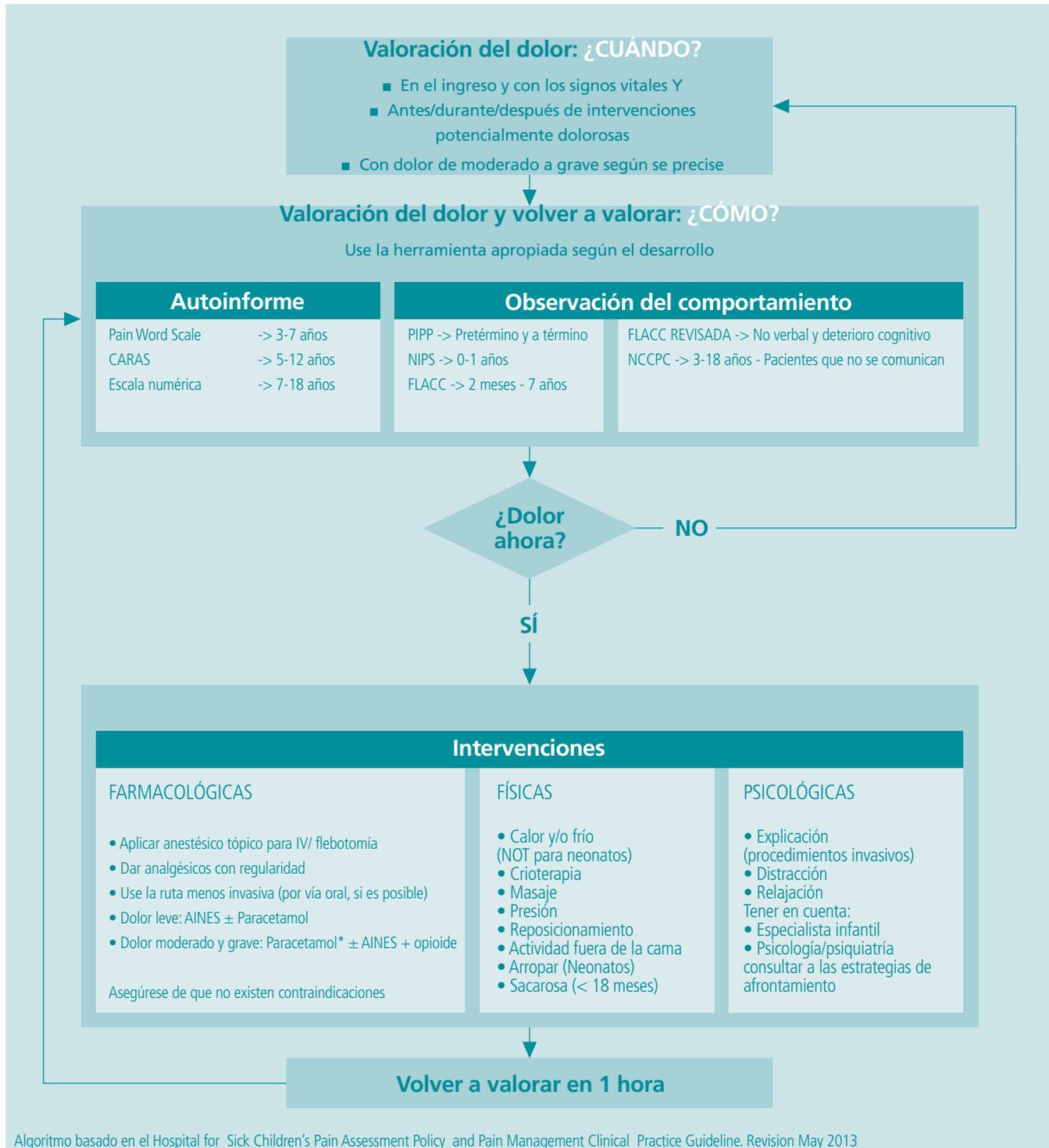
HERRAMIENTAS UNIDIMENSIONALES		
Medida	Indicador/Componentes	Consideraciones
Brief Pain Inventory, Short Form (BPI-SF)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Áreas de valoración: la severidad del dolor, el impacto del dolor en la función diaria, la ubicación del dolor, la medicación para el dolor y la cantidad de alivio del dolor en las últimas 24 horas o en la última semana ■ Un cuerpo de género neutral para describir la localización del dolor ■ 4-elementos para valorar la intensidad del dolor. Medido utilizando la escala numérica del 0-10 siendo 0=sin dolor y 10=dolor irresistible en las últimas 24 horas; menos dolor en las últimas 24 horas; el dolor de media; cuánto dolor tiene ahora ■ 2-elementos que valoran el tratamiento del dolor y la eficacia ■ 7-preguntas relacionadas con la interferencia del dolor. Medido utilizando una escala numérica de 0-10 siendo 0=sin interferencias y 10=interfiere por completo. ■ Interferencia con: las actividades generales, el estado de ánimo, la capacidad de caminar, el trabajo normal, las relaciones con otras personas, el sueño, el disfrute de la vida 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Instrumento válido y fiable que ha sido desarrollado para proporcionar información sobre la intensidad del dolor y el grado en el que el dolor interfiere con las actividades de las personas adultas con cáncer. ■ Documentado en estudios validados del dolor por cáncer y no cáncer, incluidas las personas con intervenciones quirúrgicas con dolor a causa de enfermedades o problemas crónicos como el cáncer, la osteoartritis y el dolor de lumbar, o con en el dolor de los problemas agudos, como el dolor postoperatorio ■ Responde a las dos intervenciones de manejo del dolor, de comportamiento y farmacológica ■ Ventajas: pueden ser auto-administrado o utilizado en un formato de entrevista, se tarda 5 minutos en rellenarse, validado en más de tres docenas de idiomas ■ Gratuito para la investigación académica no financiada y para la práctica clínica individual ■ Página web: http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html

HERRAMIENTAS UNIDIMENSIONALES (CONT.)

Medida	Indicador/Componentes	Consideraciones
Pediatric Pain Questionnaire (PPQ)	<p>Medición de la intensidad del dolor utilizando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Escala de 0-10cm que va desde caras felices y tristes para el peor dolor actual ■ Un cuerpo de género neutral para describir la localización del dolor (número de áreas del cuerpo marcadas) ■ La intensidad del dolor (la elección de cuatro de ocho lápices de colores para representar los distintos niveles de la intensidad del dolor desde nada, leve, moderado hasta grave) ■ 46 descriptores de palabras para valorar las calidades sensoriales, afectivas y evaluadoras del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Originalmente desarrollado para niños y adolescentes con dolor recurrente y persistente (artritis juvenil) ■ Previsto para su utilización en niños de 5-16 años; utilizado en niños de 4-18 años ■ Versión para niños, adolescents y padres ■ Evidencia bien consolidada sobre la fiabilidad, la validez y la capacidad para detectar cambios ■ Ventajas: una mínima formación y se tarda de 10-15 minutos en completarse ■ Los niños menores de 7 años por lo general necesitarán que le lean las instrucciones para completar la la escal de caras y el esquema corporal. ■ Gratuito para la investigación sin financiación ■ Página web: www.pedsqgl.org

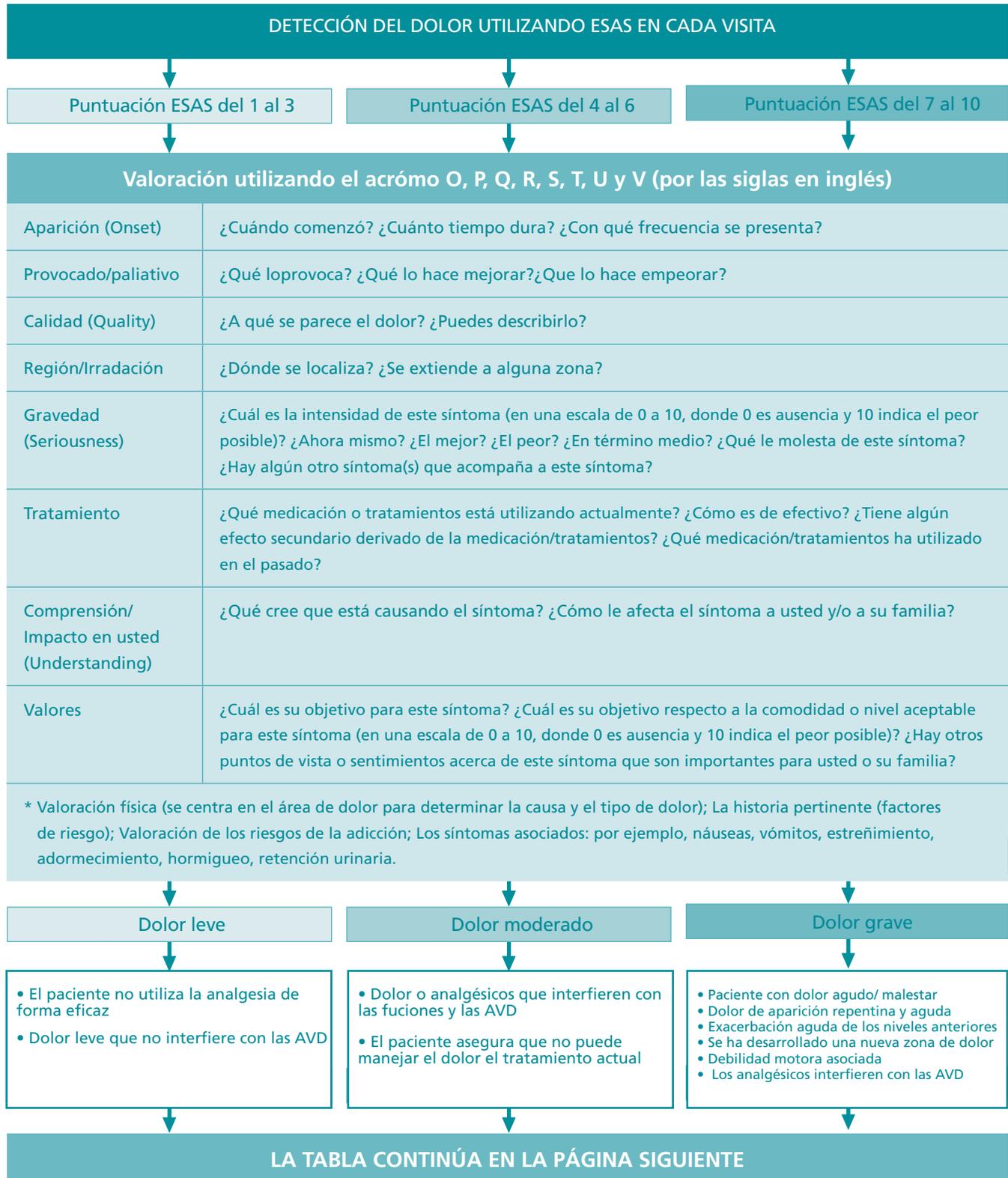
(Cleeland & Ryan, 1994; Hicks, von Baeyer, Spafford, van Korlaar, & Goodenough, 2001; Jensen & Karoly, 2001; Jensen, Karoly, & Huger, 1987; Stinson, Yamada, Kavanagh, Gill, & Stevens, 2006; Tomlinson, von Baeyer, Stinson, & Sung, 2010; Varni, Thompson, & Hanson, 1987)

Anexo F: Ejemplo: algoritmo para la valoración del dolor en niños hospitalizados



Nota de "The Hospital for Sick Children: Pain Management Clinical Practice Guideline, Policies and Procedures Database," by The Hospital for Sick Children, Pain Matters Working Group (Leads: F. Campbell. & L. Palozzi). Copyright 2013 by The Hospital for Sick Children. Reprinted with permission.

Anexo G: Ejemplo: algoritmo para la valoración del dolor en adultos con cáncer (Fuente: Cancer Care Ontario)



Intervenciones para todos los pacientes, si es apropiado

NO-FARMACOLÓGICAS

- Intervenciones psico-socio-espirituales (la educación del paciente, el asesoramiento, las actividades de ocio, terapia de relajación con imágenes, la interacción social, el asesoramiento espiritual).
- Otras terapias (fisioterapia, terapia ocupacional, masaje, aromaterapia, musicoterapia, la acupuntura, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, reflexología, reiki, hipnosis).
- Otras intervenciones, como la radioterapia, la vertebroplastia, la cirugía y las intervenciones anestésicas deben ser consideradas en pacientes con dificultades para controlar el dolor.

Educación del paciente

- Tomar analgésicos de rutina y de rescate, el manejo de efectos adversos, medidas no farmacológicas que se pueden utilizar junto con el tratamiento farmacológico.

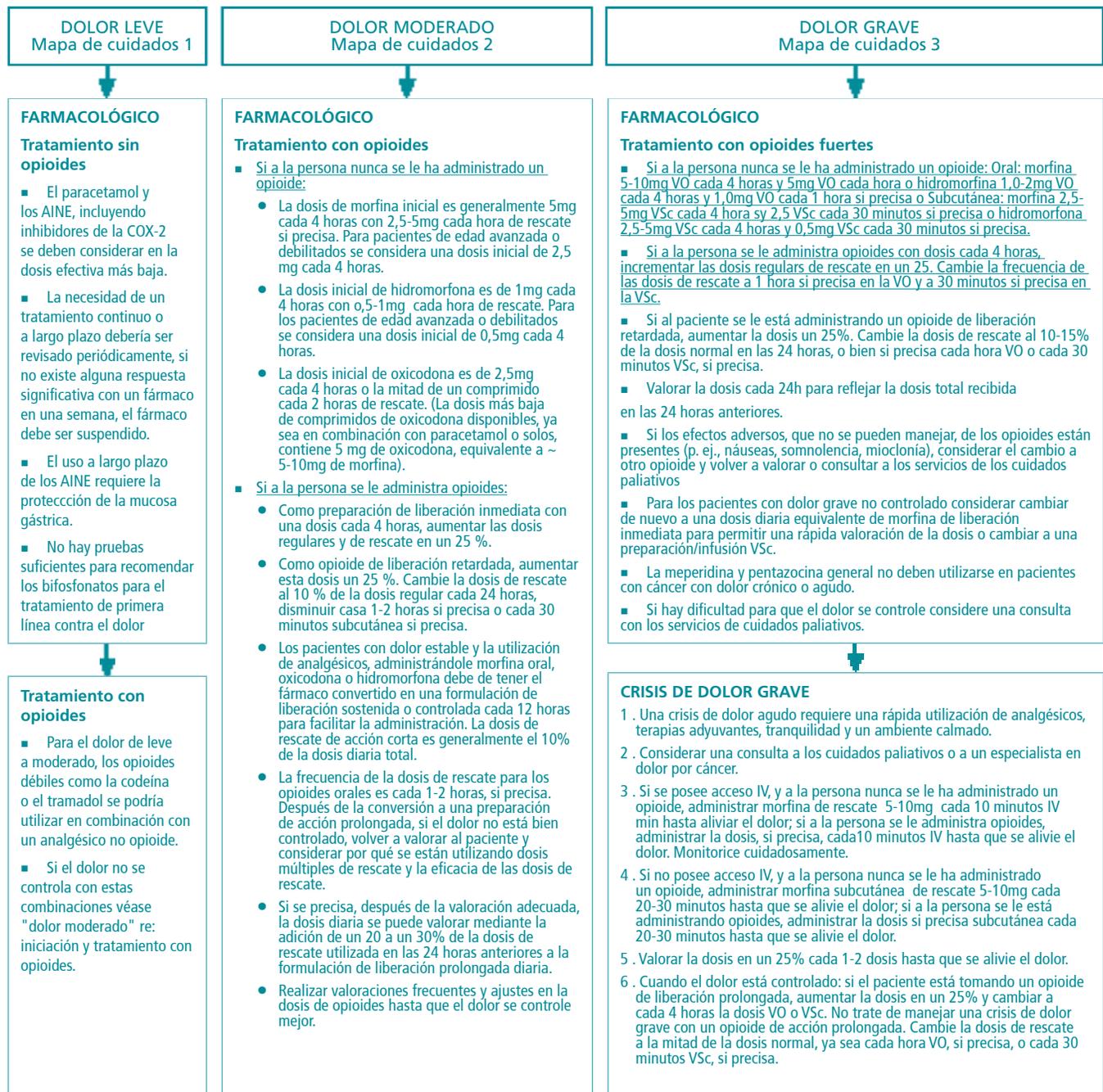
FARMACOLÓGICAS

- La intensidad del dolor determina la fuerza requerida de analgésicos indicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Escalera analgésica.
- El tipo y la causa del dolor influye en la elección del analgésico adyuvante (por ejemplo, nociceptivo, neuropático, las metástasis óseas).
- En la presencia de una función renal reducida todos los opioides deben utilizarse con precaución y en dosis y/o frecuencia reducidas.
- El fentanilo, la metadona y la oxycodona son los opioides de elección en pacientes con enfermedad renal crónica.
- La metadona requiere un prescriptor experimentado, la verificación de las interacciones significativas con otra medicación antes de prescribir cualquier fármaco a un paciente con metadona.
- Cuando se utiliza una formulación de fentanilo transmucoso para el dolor irruptivo la dosis efectiva se debe buscar por titulación ascendente independiente de la dosis regular de opioides.
- Para los que tienen dolor severo estabilizado y con una dosis de opioides estable o aquellos con dificultades para tragar o con náuseas y vómitos resistentes al tratamiento, los parches transdérmicos de fentanilo pueden ser apropiados, siempre que el dolor sea estable.
- Clasificar el dolor – ¿nociceptivo, neuropático o mixto?
- El tipo y la causa del dolor influye en la elección del analgésico adyuvante (por ejemplo, nociceptivo, neuropático, las metástasis óseas).
- La elección del antidepresivo o anticonvulsivante debe basarse en una enfermedad concomitante, el tratamiento farmacológico y los efectos secundarios de la medicación y las interacciones experimentadas.
- No hay pruebas suficientes para apoyar una recomendación para los opioides tópicos.
- No hay pruebas suficientes para apoyar la primera o segunda línea de tratamiento contra el dolor de cáncer con cannabinoides pero pueden tener su papel en el dolor refractario, especialmente en el dolor neuropático refractario.
- El fentanilo transdérmico no se debe utilizar en pacientes sin experiencia con opioides.
- El asesoramiento del especialista en cuidados paliativos debe ser considerado para la elección adecuada, la dosis y la vía de opioides en pacientes con función renal reducida o en pacientes con dificultad para controlar el dolor.

EFFECTOS ADVERSOS DE LOS OPIOIDES

- Muchos pacientes que nunca han utilizado opioides desarrollarán náuseas o vómitos al comenzar con los opioides, la tolerancia por lo general ocurre a los 5-10 días. Los pacientes que comienzan con un opiáceo para controlar el dolor de moderado a grave deben de tener acceso a un antiemético que se lea administrará en caso necesario.
- La mayoría de los pacientes que toman opioides para el dolor de moderado a severo presentará estreñimiento. Presentará poco o nada de tolerancia. El tratamiento profiláctico más común para prevenir el estreñimiento inducido

Dolor en adultos con cáncer: mapa de cuidados



Seguimiento y monitorización continua

Si el dolor no se alivia a pesar de los enfoques descritos anteriormente, solicitar la asistencia de un equipo de cuidados paliativos.

Para las referencias completas y más información, por favor consulte la Guía de la CCO Symptom Management Guide-to-Practice: Pain document.

Aviso de responsabilidad: se ha tenido cuidado por parte del Grupo de Desarrollo del Algoritmo del Cancer Care Ontario, en la preparación de la información contenida en este algoritmo. No obstante, se espera que cualquier persona que desee aplicar o consultar el documento para la práctica utilice el juicio clínico de forma independiente y las habilidades en el contexto de las circunstancias clínicas individuales o buscar la supervisión de un médico especialista cualificado. La CCO no representa ni ofrece garantías de ningún tipo en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se exime de cualquier responsabilidad en su aplicación o utilización en cualquier sentido.

Nota. Este recurso proviene de la Cancer Care Ontario (CCO) a través de la página web de la CCO. Reimpreso con permiso.

Anexo H: Ejemplo: conjunto de cuidados para la valoración y manejo del dolor en adultos en estado crítico

	DOLOR	AGITACIÓN	DELIRIO
VALORACIÓN	<p>Valorar el dolor en cada turno (mínimo 4 veces) y cada vez que se precise</p> <p>Herramientas de valoración del dolor preferidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente capaz de expresarse NRS (0-10) ▪ No es posible expresarse BPS (3-12) o CPOT (0-8) <p>El paciente tiene dolor significativo si NRS \geq 4, BPS $>$ 5, o CPOT $>$ 2</p>	<p>Valorar la agitación y sedación en cada turno (mínimo 4 veces) y cada vez que se precise</p> <p>Herramientas de valoración de la sedación preferidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RASS (-5 to +4) o SAS (1 to 7) ▪ NMB se sugiere la monitorización de la función cerebral <p>Intensidad de la agitación, la sedación definida como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>agitado</i> si RASS = +1 a +4, o SAS = 5 a 7 ▪ <i>despierto y calmado</i> si RASS = 0, o SAS = 4 ▪ <i>ligeramente sedado</i> si RASS = -1 a -2, o SAS = 3 ▪ <i>profundamente sedado</i> si RASS = -3 a -5, o SAS = 1 a 2 	<p>Valorar el delirio en cada turno y cada vez que se precise</p> <p>Herramientas de valoración del delirio preferidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ MEC-UCI (+ o -) ▪ ICDCS (0 a 8) <p>El delirio se presenta si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ MEC-UCI es positiva ▪ ICDCS \geq 4
TRATAMIENTO	<p>Trate el dolor en los 30", luego vuelva a valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento no farmacológico - terapia de relajación ▪ El tratamiento farmacológico: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor no neuropático opioides VI +/- -analgésicos no opioides • Dolor neuropático gabapentina o carbamazepina, + opioides IV • Reparación del AAA posterior, fracturas de caderas epidural torácica 	<p>Sedación inducida o DSI (Objetivo: paciente sigue deliberadamente instrucciones sin agitación):</p> <p>RASS = -2 - 0, SAS = 3 - 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la sedación es baja (RASS $>$0, SAS $>$4) valorar/ tratar el dolor tratar con sedantes si se precisa (no benzodiazepinas, a menos que se sospeche ETOH o abstinencia de benzodiazepinas) ▪ Si está muy sedado (RASS $<$-2, SAS $<$3) mantener sedantes hasta que alconseguir el objetivo, a continuación, iniciar al 50% la dosis previa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Treat pain as needed ▪ Reorient patients; familiarize surroundings; use patient's eyeglasses, hearing aids if needed ▪ Pharmacologic treatment of delirium: <ul style="list-style-type: none"> • Avoid benzodiazepines unless ETOH or benzodiazepine withdrawal is suspected • Avoid rivastigmine • Avoid antipsychotics if \uparrow risk of Torsades de pointes
PREVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar analgesia en los procedimientos y/o intervenciones no farmacológicas (p.ej., la terapia de relajación) ▪ Tratar el dolor primero, luego sedar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considere la prueba de la respiración espontánea diaria, la movilidad temprana y el ejercicio cuando los pacientes se encuentren en el nivel de sedación esperado, salvo que esté contraindicado ▪ Monitorización con EEG si: <ul style="list-style-type: none"> • riesgo de convulsiones • la terapia de supresión de presión está indicada para PIC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar los factores de riesgo del delirio: demencia, HTN, abuso del ETOH, enfermedad grave, coma, administración de benzodiazepinas ▪ Evitar la utilización de benzodiazepinas en aquellos con delirio ▪ Movilización y ejercicio temprano en pacientes ▪ Promover el sueño (control de la luz, ruido; agrupar las actividades de cuidados; disminuir los estímulos nocturnos)

Abreviaturas en el Conjunto de cuidados

AAA – Aneurisma Aórtico Abdominal

BPS – Behavioral Pain Scale

MEC-UCI – Método de Evaluación de la Confusión–Unidad de Cuidados Intensivos

CPOT – Critical-Care Pain Observation Tool

ETOH – Alcohol

ICDCS – Intensive Care Delirium Screening Checklist

HTN – Hypertension

BN – Bloqueantes Neuromusculares

NRS – Escala Numérica

RASS – Escala Richmond Agitation-Sedation

Nota. De "Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit," by J. Barr, G. Fraser, K. Puntillo, E. Wesley Ely, C. Gélinas, J. F. Dasta, et al., 2013, Critical Care Medicine, 41(1), 263-306. Copyright (2013) by Wolters Kluwer Health. Reproducido con permiso. Está prohibida su utilización sin el permiso del editor para uso promocional y comercial del material de impresión, en formato digital o dispositivo móvil Lippincott Williams & Wilkins. Por favor, contacte con journalpermissions@lww.com para más información.

Anexo I: Ejemplo: herramientas de valoración del dolor validadas para neonatos

HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR VALIDADAS PARA NEONATOS		
<i>*Nota: herramientas de detección de presencia/ausencia de dolor, pero no de la intensidad del dolor*</i>		
MEDIDA	INDICADOR/ COMPONENTES	CONSIDERACIONES
*Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)	Expresión facial, llanto, los patrones de respiración, brazos, piernas, estado de excitación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Neonatos pretérmino y a término ■ Medida del dolor por procedimientos ■ Se proporcionan las definiciones operativas para los indicadores ■ Cada indicador se califica en escalas de dos puntos (0,1) o tres puntos (0,1,2) a intervalos de un minuto, antes, durante y después de un procedimiento ■ Evidencia de fiabilidad y validez ■ Difícil de recordar (viabilidad limitada para su uso) ■ No se puede utilizar en personas intubadas o con parálisis
*Premature Infant Pain Profile (PIPP)	Edad gestacional, estado del comportamiento, la frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno, ceño fruncido, apretar los ojos, y el surco nasolabial	<ul style="list-style-type: none"> ■ Neonatos pretérmino y a término (28-40 semanas de gestación) ■ Desarrollada inicialmente para los procedimientos dolorosos, se requiere una valoración adicional con recién nacidos de muy bajo peso al nacer y en poblaciones con dolor no agudos y post-quirúrgicas ■ Incluye indicadores contextuales (edad gestacional y el estado conductual) ■ Cada indicador se evalúa en una escala de cuatro puntos (0,1,2,3) para una posible puntuación total de 18 a 21 sobre la base de la edad gestacional del bebé; ■ Puntuación total de 6 o menor generalmente indica un dolor mínimo o ningún dolor, mientras que las puntuaciones superiores a 12 indican un dolor de moderado a grave ■ Herramienta más rigurosamente evaluada; evidencia de fiabilidad, validez y capacidad de detectar el cambio. Se requiere más investigaciones para establecer la viabilidad y la utilidad clínica ■ Las valoraciones del dolor tardan 1 minuto (una evidencia temprana de la buena viabilidad clínica) ■ Una versión revisada del PIPP está actualmente en fase de prueba que incluye cambios en la puntuación de los elementos individuales y la puntuación total

(Duhn & Medves, 2004; Lawrence et al., 1993; Stevens, Johnston, Petryshen, & Taddio, 1996; Stevens, Johnston, Taddio, Gibbins, & Yamada, 2010)

Anexo J: Ejemplo: herramientas validadas para la valoración del comportamiento del dolor en niños

HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR VALIDADAS PARA NIÑOS		
<i>*Nota: herramientas de detección de presencia/ausencia de dolor, pero no de la intensidad del dolor*</i>		
MEDIDA	INDICADORES/ COMPONENTES	CONSIDERACIONES
*FLACC Revisada (r-FLACC)	Expresión facial, movimientos de las piernas, actividad, llanto y consuelo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inicialmente desarrollada como FLACC y destinada para ser utilizada en niños de 2 meses a 8 años, pero ha sido utilizada en niños de 0-18 años ■ Más tarde modificada en r-FLACC, para incluir los comportamientos de dolor comunes en las personas con deficiencias cognitivas; se ha utilizado en niños con deterioro cognitivo en las edades de 4-21 años ■ Validada para los procedimientos dolorosos y postoperatorios ■ Cada categoría se califica en una escala de 0-2, lo que resulta en una puntuación total de 0 a 10 ■ Evidencia bien establecida de fiabilidad y validez; Sin embargo, la FLACC posee una capacidad inconsistente para detectar el cambio ■ Fácil de usar, anotar e interpretar. ■ Alta viabilidad ■ No puede ser utilizada en personas con parálisis. Algunos datos preliminares sugieren que puede ser útil en las personas con ventilación artificial. Importante señalar que el consuelo requiere (a) un intento de consolar, y (b) una valoración subjetiva de la respuesta a esa intervención, lo que complica conseguir la puntuación.

(Malviya, Voepel-Lewis, Burke, Merkel, & Tait, 2006; Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, & Malviya, 1997; von Baeyer & Spagrud, 2007; von Baeyer & Spagrud; Voepel-Lewis et al., 2008; van Herk, van Dijk, Baar, Tibboel, & de Wit, 2007; Voepel-Lewis, Zanotti, Dammeyer, & Merkel, 2010)

HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR VALIDADAS PARA NIÑOS (CONTINUACIÓN)

Nota: herramientas de detección de presencia/ausencia de dolor, pero no de la intensidad del dolor

MEDIDA	INDICADORES/ COMPONENTES	CONSIDERACIONES
<p>*Non- communicating Children's Pain Checklist – Revisada (NCCPC-R)</p>	<p>Expresiones vocales, sociales, faciales, la actividad, el cuerpo y las extremidades, aspectos psicológicos y comer/dormir</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diseñada para niños de 3 a 18 años que no pueden hablar debido a deficiencias cognitivas o discapacidades. ■ Diseñada para ser utilizada sin entrenamiento para los padres y cuidadores. ■ Diseñada para utilizarse en cualquier entorno. ■ La puntuación final se basa en un periodo de observación de dos horas del niño. ■ Para el dolor post-operatorio - se debe utilizar la Non-communicating Children's Pain Checklist– Postoperative Version (versión post-operatorio).

(Breau, McGrath, Camfield, & Finley, 2002)

Anexo K: Ejemplo: herramientas validadas para la valoración del comportamiento del dolor en adultos

HERRAMIENTAS DE OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO		
<i>*Nota: herramientas de detección de presencia/ausencia de dolor, pero no de la intensidad del dolor*</i>		
MEDIDA	INDICADORES/ COMPONENTES	CONSIDERACIONES
*Checklist of non-verbal indicators	Seis comportamientos que se puntúan en reposo y en actividad. Incluyen: las quejas verbales (no verbales: quejidos, gemidos, gritos, jadeos); muecas (ceño fruncido, los dientes apretados); movimiento (agarrarse o sostenerse en las barandillas laterales, cama o zona afectada durante el movimiento); inquietud (cambiando de posición [de manera constante o intermitente], la incapacidad de mantenerse quieto); frotar (masajear la zona afectada); quejas vocales (palabras que expresan el malestar o el dolor- "eso duele", "ay", insultar durante el movimiento, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diseñada para valorar los comportamientos de dolor en adultos con deterioro cognitivo después de una intervención ■ La presencia de un indicador de dolor se puntúa como 1, mientras que la ausencia del indicador se puntúa como 0 ■ No hay una puntuación específica de corte para indicar la intensidad del dolor; sin embargo, la presencia de cualquiera de los indicadores de comportamiento puede ser indicativo de dolor, y requiere una valoración, intervención y monitorización adicional por parte del profesional de la salud. ■ Páginas web: <ul style="list-style-type: none"> ■ http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/pain/nonverbalPain.pdf o ■ http://ltctoolkit.rnao-dev.org/resources/assessment-tools/pain-checklist-nonverbal-pain-indicators-cnpi

(Feldt, 2000)

Anexo L: Ejemplo: Herramientas validadas para la valoración del comportamiento del dolor en adultos en estado crítico sin comunicación verbal

HERRAMIENTAS VALIDADAS SELECCIONADAS EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ANTE EL DOLOR PARA SU UTILIZACIÓN EN ADULTOS ENFERMOS CRÍTICOS SIN COMUNICACIÓN ORAL

Nota: herramientas de detección de presencia/ausencia de dolor, pero no de la intensidad del dolor

MEDIDA	INDICADORES/ COMPONENTES	CONSIDERACIONES
*Behavioural Pain Scale (BPS)	<p>La expresión facial, las extremidades superiores, el cumplimiento con el respirador</p> <p>Cada ítem puntúa del 1 al 4</p> <p>Puntuación total del 3 al 12</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La detección de dolor con los procedimientos o el manejo del dolor farmacológico ■ Utilizado con ventilación mecánica en adultos sedados, enfermos críticos en las unidades de cuidados intensivos de medicina, cirugía, y trauma. Nota: Las personas con lesiones cerebrales no están bien representadas en el estudio actual ■ La evidencia de la confiabilidad entre evaluadores y la validez mejora las prácticas de dolor (aumento de la frecuencia de las valoraciones del dolor, los analgésicos y los resultados de la persona después del uso de la herramienta (menor duración de la ventilación mecánica) ■ Factible y fácil de usar; su realización requiere de 2 a 5 minutos ■ Punto de corte > 5 para la presencia de dolor, establecido por los autores ■ Disponible en francés, inglés y chino ■ Guía práctica disponible en Chanques et al. (2006) ■ Una versión alternativa está disponible para pacientes no intubados en la UCI, esa versión se conoce con las siglas en inglés: BPS-NI (Chanques et al., 2009) ■ Desventajas: punto de corte no establecido con el patrón oro de dolor; difícil hacer comentarios sobre su capacidad para detectar diferentes niveles de dolor; algunos ítems son confusos (los miembros superiores hacen referencia a la posición y la tensión muscular, la puntuación de cumplimiento con el ventilador); el contenido del BPS puede no ser aplicable a las personas en la UCI con lesión cerebral ya que este grupo no estuvo suficientemente representado en los estudios

COMPORTAMIENTO ANTE EL DOLOR PARA SU UTILIZACIÓN EN ADULTOS ENFERMOS CRÍTICOS SIN COMUNICACIÓN ORAL (CONTINUACIÓN)

Nota: herramientas de detección de presencia/ausencia de dolor, pero no de la intensidad del dolor

MEDIDA	INDICADORES/ COMPONENTES	CONSIDERACIONES
*Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)	<p>La expresión facial, los movimientos del cuerpo, el cumplimiento con el respirador (en personas intubadas), vocalización (en personas no intubadas), la tensión muscular</p> <p>Cada ítem se puntúa del 0 al 2</p> <p>Puntuación total del 0 al 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Detección de dolor, el dolor por procedimientos, la evaluación de las intervenciones farmacológicas para el manejo del dolor ■ Se utiliza con adultos gravemente enfermos que no pueden autoinformar, las personas con ventilación mecánica o en unidades de cuidados intensivos de medicina, cirugía, y trauma ■ Nota: Menos aplicable en las personas con lesión cerebral, especialmente aquellos con un nivel alterado de conciencia (NC) o coma; la investigación actual está adaptando su contenido para este grupo ■ La evidencia de confiabilidad y validez entre evaluadores; mejora de las prácticas del dolor (aumento en la frecuencia de las valoraciones del dolor, un mejor uso de analgésicos y sedantes) y de los resultados después de la utilización de la herramienta (menos complicaciones) ■ Factible y fácil de usar; se completa en un minuto, cuando la persona está en reposo ■ Punto de corte > 2 para la presencia de dolor instaurado con el patrón oro del dolor (Gélinas et al., 2009) ■ Disponible en francés, inglés, italiano, español y sueco ■ Modo de utilización disponible en Gélinas (2010) ■ Video gratis de formación disponible on-line en http://pointers.audiovideoweb.com/stcasx/il83win10115/CPOT2011-WMV.wmv/play.aspx ■ Desventajas: La incapacidad para detectar el dolor leve; el punto de corte puede variar de 2 a 3, entre los grupos de la UCI (Gélinas y Johnston, 2009); la CPOT necesita una revisión para que pueda ser aplicable a las personas en la UCI con lesión cerebral con NC alterado
The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)		<ul style="list-style-type: none"> ■ Diseñado para observar y medir los comportamientos de dolor en entornos de cuidados post-quirúrgicos ■ Se utiliza en personas mayores con deterioro cognitivo ■ Los ítems de la escala son conceptualmente sólidos ■ No hay recomendaciones para un punto de corte ■ Evidencia bien establecida de la confiabilidad y validez entre evaluadores para su utilización en personas mayores con deterioro cognitivo después de una cirugía de cadera

(Chanques et al, 2009; Feldt, 2000; Gélinas, Fillion, Puntillo, Viens, & Fortier, 2006; Gelinás, Harel, Fillion, Puntillo, & Johnston, 2009; Gélinas & Johnston, 2009; Payen et al, 2001)

Anexo M: Recursos para la valoración del dolor en personas mayores con deterioro cognitivo

VALORACIÓN DEL DOLOR EN PERSONAS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO

Nota: herramientas de detección de presencia/ausencia de dolor, pero no de la intensidad del dolor

MEDIDA	CARACTERÍSTICAS	CONSIDERACIONES
<p>Escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Herramienta de comportamiento observacional de 5 ítems: la respiración, la expresión facial, el lenguaje corporal, las vocalizaciones negativas y el consuelo ■ Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 2 en una puntuación total de 0 a 10; donde 0 (es sin dolor) y 10 (es dolor intenso); la puntuación 1 o 2 indica un poco de dolor 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para su utilización en personas que tienen demencia avanzada ■ Factible en entorno clínico - se puede completar en 1-3 minutos. ■ Clear Conceptos claros y concisos, fáciles de utilizar ■ La herramienta puede ser utilizada para la detección y el seguimiento del dolor ■ Evidencia de fiabilidad y validez ■ Disponible on-line en http://www.mhpcn.ca/uploads/PAINAD.1276125778.pdf
<p>Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Herramienta de valoración de 60 ítems en 4 categorías: expresiones faciales, actividad/movimientos del cuerpo, los cambios sociales y de personalidad y otros (apetito o cambios en el patrón del sueño) ■ Los ítems de cada categoría se clasifican en presentes o ausentes, para la puntuación total de 60 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Factible en un entorno clínico—se puede completar en 5 minutos ■ Útil para consolidar la formación y documentación enfermera ■ Evidencia de fiabilidad y validez ■ Disponible on-line en http://www.geriatricpain.org/Content/Assessment/Impaired/Pages/PACSLAC.aspx
<p>Escala DOLOPLUS 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Observaciones de los comportamientos somáticos, psicomotores y psicosociales ■ Los ítems se puntúan en escala de 0-3, el rango total de puntuación es de 0 a 30 ■ Una puntuación de 5 o más indica dolor, la puntuación máxima es de 30 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para su utilización con personas que tienen un deterioro cognitivo leve o moderado y con la puntuación de su representante cuando la persona es incapaz de expresarse ■ Fácil de usar – se complete en unos minutos ■ Escala validada para personas que no hablan inglés ■ Disponible on-line en http://www.assessmentscales.com/scales/doloplus

(Fuchs-Lacelle & Hadistavropoulos, 2004; Hadistavropoulos et al., 2006; Herr et al., 2011; Lefebvre-Chapiro & the DOLOPLUS Group, 2001; Schofield et al., 2008)

Anexo N: Estrategias recomendadas para el manejo del dolor en bebés y niños (agudos)

ESTRATEGIAS RECOMENDADAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR (AGUDO) PARA BEBÉS Y NIÑOS

LEYENDA: ✓ = recomendado ⚠ = utiliz. con precaución ? = efecto desconocido N/A = no aplicable

Dolor en niños

TIPO DE MANEJO DEL DOLOR	TERAPIA	PROCEDIMIENTOS MENORES	CIRUGÍA	COMENTARIOS	NIVEL DE EVIDENCIA
No-farmacológico (Físico/Psicológico)	Lactancia	✓	N/A	Recién nacidos – 12 meses	la
	Piel con piel	✓	?	Mayor evidencia en los recién nacidos prematuros	la
	Chupete	✓	?	Más eficaz cuando se combina con soluciones dulces	la
	Arrullo	✓	?	Menos efectivo que la sacarosa	la
	Posicionamiento	⚠	?		lb
	Música	⚠	?		la
Pharmacological	Sacarosa	✓	?	Insuficiente por sí sola para una cirugía menor (p.ej., la circuncisión). Utilización en conjunción con otras intervenciones recomendadas	la
	Opioides	?	✓	Evidencia conflictiva de los antecedentes de perfusiones de opioides para el dolor agudo por procedimientos menores	lb
	AINEs	?	?		IV
	Paracetamol	?	?		IV
	Anestésicos tópicos	?	N/A	Menos efectivo que la sacarosa para niños	la

ESTRATEGIAS RECOMENDADAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR (AGUDO) PARA BEBÉS Y NIÑOS (continuación)

LEYENDA: ✓ = recomendado ⚠ = utili. con precaución ? = efecto desconocido N/A = no aplicable

Dolor en niños

TIPO DE MANEJO DEL DOLOR	TERAPIA	PROCEDIMIEN- TOS MENORES	CIRUGÍA	COMENTARIOS	NIVEL DE EVIDENCIA
No-farmacológico(Físico/ Psicológico)	La respiración profunda	?	✓	Para el dolor por procedimiento en combinación con la distracción para los niños más pequeños (p.ej., soplando burbujas, molinetes)	la
	Distracción dirigida por las enfermeras	✓	N/A	Reduce el dolor expresado por la	la
	Distracción dirigida por niños	✓	N/A	Reduce el dolor expresado pro la persona	la
	Dist. dirig. por padres		N/A		
	Aerosoles o sprays	✓	N/A	Mejor tolerado en niños mayores de 3 años; efectividad mixta para la vía IV	Variable
	Información/ preparación	✓	?	Eficaz en la reducción del dolor observado/ comunicado y la frecuencia cardíaca en los niños	la
	Hipnosis	✓	N/A	Reduce el dolor autoinformado/malestar y el angustia conductual	la
	Las intervenciones cognitivo-conductuales combinadas	✓	N/A	Reduce la angustia observada/comunicada y la angustia conductual	la
	Dispositivo de inyección sin aguja (p.ej., J-tip) para administrar la lidocaína	✓		Ideal cuando se desea una rápida anestesia local	la

*NB Most evidence relates to needle related pain

ESTRATEGIAS RECOMENDADAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR (AGUDO) PARA BEBÉS Y NIÑOS (continuación)

LEYENDA: ✓ = recomendado = utili. con precaución = efecto desconocido N/A = no aplicable

Dolor en niños

TIPO DE MANEJO DEL DOLOR	TERAPIA	PROCEDIMIENTOS MENORES	CIRUGÍA	COMENTARIOS	NIVEL DE EVIDENCIA
Farmacológico	Opioides	✓	✓	Las recetas eficaces de ACP (Analgesia controlada por el paciente) pueden incluir una dosis baja de infusión de inicio Las inyecciones IM son angustiantes y menos eficaz que laperfusiones IV La administración intra-nasal u oral de los opioides pueden ser eficaces en unidades de urgencias	Ila & Iib
	AINEs	✓	✓	Disminuye la necesidad de opioides después de la cirugía	Ila
	Paracetamol	✓	✓	Disminuye la necesidad de opioides después de la cirugía	Ila
	Anestésicos tópicos	✓	N/A	Eficaz para reparación de laceraciones, el manejo de heridas La ametocaína más eficaz que EMLA Más eficaz en niños mayores de 3 años	Ila
	Sprays y aerosoles	✓	N/A	Para perfusiones IV en niños entre 6 y 12 años	Ib
	Anticonvulsivantes	N/A	?		IV
	Antidepresivos	N/A	?		IV

(Cignaccio, et al., 2007; Chambers, Taddio, Uman, McMurtry, & Team (2009); Harrison, Bueno, Yamada, Adams-Webber, & Stevens, 2010; Harrison et al., 2010; Hatfield, Chang, Bittle, Deluca, & Polomano, 2011; Lander, Weltman, & So, 2006; Leef, 2006; Nilsson, 2008; Obeidat, Kahalaf, Callister, & Froelicher, 2009; Pillai-Riddell et al., 2011; Spence et al., 2010; Shah, Taddio, & Rieder, 2009; Stevens, Yamada, & Ohlsson, 2010; Stinson, Yamada, Dickson, Lamba, & Stevens, 2008; Taddio et al., 2009)

Desarrollado por el equipo de expertos de la RNAO

Appendix O: Escala de sedación inducida por opioides Pasero (POSS) con intervenciones*

S = Sueño, fácil de despertar

Aceptable; ninguna acción necesaria; puede aumentar la dosis de opioides si es necesario

1 = Despierto y alerta

Aceptable necesaria; puede; ninguna acción aumentar la dosis de opioides si es necesario

2 = Un poco somnoliento, se despierta fácilmente

Aceptable necesaria; puede; ninguna acción aumentar la dosis de opioides si es necesario

3 = Somnolencias frecuentes, despertares, se duerme durante la conversación

Inaceptable; monitorizar el estado de las vías respiratorias y el nivel de sedación hasta que el nivel de sedación es estable a menos de 3 y el estado respiratorio es satisfactorio; disminuir la dosis de opioides del 25% al 50%¹ o notificar al prescriptor² o al anestesiólogo para más instrucciones; considerar la administración de un no sedante, ahorrador de opioides, como el paracetamol o un AINE, si no está contraindicado.

4 = Somnolencia, mínima o nula respuesta a la estimulación verbal o física

Inaceptable; dejar el opioide; considerar la administración de naloxona^{3,4}; notificar al prescriptor² o al anestesiólogo; supervisar el estado de las vías respiratorias y el nivel de sedación hasta que el nivel de sedación sea estable a menos de 3 y el estado respiratorio sea satisfactoria.

* La acción apropiada se muestra en cursiva en cada nivel de sedación.

1 Las recetas de analgésicos opioides o un protocolo del hospital deben incluir la expectativa de que una enfermera disminuya la dosis de opioides si un paciente está sedado de forma excesiva.

2 Por ejemplo, el médico, la enfermera, la enfermera especialista responsable de la prescripción de tratamiento del dolor.

3 Mezclar 0,4 mg de naloxona y 10 ml de solución salina normal en la jeringa y administrar esta solución diluida muy lentamente (0,5 ml en dos minutos), mientras se observa la respuesta del paciente (dosis al efecto) (Fuente: Pasero, C., Quinn, T.E., Portenoy, R.K., McCaffery, M. & Rizos A. Opioid analgesics. In: Pain Assessment and Pharmacologic Management, p.510. St. Louis, MO: Mosby/Elsevier; 2011; American Pain Society (APS). Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Chronic Cancer Pain. 6th ed. Glenview, IL: APS; 2008.)

4 Los protocolos del hospital deben incluir la previsión de que una enfermera le administre naloxona a cualquier paciente con sospecha de amenaza para la vida debido a los efectos sedantes y la depresión respiratoria.

Nota. De Pain Assessment and Pharmacologic Management, by C. Pasero and M. McCaffery, 2011, St. Louis, MO: Mosby/Elsevier. Copyright (1994) by Chris Pasero. Utilizado con permiso.

Anexo P: Descripción de la Herramienta

Las guías de buenas prácticas sólo pueden aplicarse con éxito si la planificación, los recursos, los apoyos institucionales y administrativos son los adecuados y se cuentan con los medios precisos. En este sentido, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores, ha desarrollado la Herramienta de implantación de guías de buenas prácticas (2nd ed.) (2012b). La Herramienta se basa en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos la Herramienta de cara a la implantación de cualquier guía de práctica clínica en una institución de salud.

La Herramienta proporciona unas directrices paso a paso a las personas y a los grupos involucrados en la planificación, coordinación y facilita la implantación de la guía. Estos pasos reflejan un proceso que es dinámico e iterativo en lugar de lineal. Por lo tanto, en cada fase de la preparación para las siguientes fases y la reflexión sobre la fase anterior es esencial. En concreto, la Herramienta se ocupa de los siguientes pasos clave, como se ilustra en el marco "del conocimiento a la acción" (RNAO, 2012b; Straus et al., 2009) en la implantación de la guía:

1. Identificar el problema: identificar, revisar, seleccionar el conocimiento (Guía de buenas prácticas).
2. Adaptar el conocimiento al context local:
 - Evaluar las barreras y facilitadores para el uso del conocimiento; e
 - Identificar recursos.
3. Seleccionar, adaptar e implantar las intervenciones.
4. Monitorizar el uso del conocimiento.
5. Evaluar los resultados.
6. Mantener el uso del conocimiento.

La implantación de las guías en la práctica que dan lugar a cambios en las prácticas exitosas e impacto clínico positivo es una tarea compleja. La Herramienta es un recurso fundamental para gestionar este proceso. La Herramienta se puede descargar en <http://rnao.ca/bpg>.

Refrendo

President:
FERNANDO CERVERO, MD, PhD, CSC
Montreal, Canada

President-Elect
ROLF-DETLEF TREEDE, Dr med
Mannheim, Germany

Immediate Past President:
ELJA ANNELI KAUSO, MD, DMedSci
Helsinki, Finland

Treasurer
MICHAEL HOWARTH, MD
San Francisco, USA

Secretary
JUDITH TURNER, PhD
Seattle, USA

Councilors
JANE C. BALLANTYNE, MD, FRCA
Seattle, USA

RAUF BARON, Dr med
Kiel, Germany

JOSE CASTRO-LOPES, MD, PhD
Lisboa, Portugal

KAREN DAVIS, PhD
Toronto, Canada

MAGIED EL-ANSARY, MD
Cairo, Egypt

HERTA FLOR, PhD
Mannheim, Germany

CYNTHIA GOH, MB BS, PhD
Singapore, Singapore

MICHAEL GOLO, PhD
Pittsburgh, USA

C. CELESTE JOHNSTON, RN, PhD, FCAHS
Harris Point, Canada

EVA KOSEK, MD, PhD
Stockholm, Sweden

MICHAEL NICHOLAS, PhD
St. Leonards, Australia

GERMÁN OCHOA, MD
Bogotá, Colombia

CLAUDIA SOMMER, MD
Wuerzburg, Germany

IRENE TRADEY, PhD
Oxford, UK

HIROSHI UEDA, PhD
Nagasaki, Japan

Executive Director
KATHY KREITER
Washington, DC, USA

IASP is a tax-exempt, non-profit organization.



January 17, 2014

Doris Grinspun,
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl St
Toronto ON M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun:

Thank you for you and your committees' work developing the "Assessment and Management of Pain Guideline." It is an impressive document and well reflects the commitment and dedication of those in the nursing community to improve the care for patients. The guideline is comprehensive, up-to-date and provides practical guidance and resources.

The IASP Executive Committee is pleased to inform you that after review by an independent IASP Endorsement Task Force IASP endorses these guidelines. The reviewers were unanimous in their endorsement recommendation and appreciated that the document emphasizes assessment of pain (initial and follow-up) which is the cornerstone of pain management.

Again, congratulations on your work.

Sincerely yours,



Fernando Cervero, President

IASP® Secretariat | 1510 H Street NW, Suite 600 | Washington DC USA 20005-1020 | T +1.202.524.5300 | F +1.202.524.5301 | www.iasp-pain.org



ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Guía de buenas
prácticas clínicas

DICIEMBRE 2013

Valoración y manejo del dolor

Tercera Edición

ISBN 978-1-926944-57-9



9 781926 944579

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario


investen
isciii



Ontario