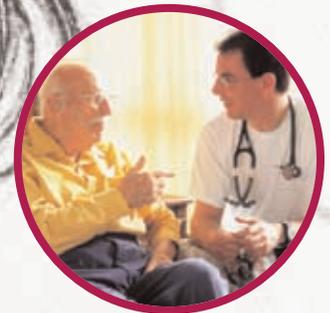


Suplemento
2007
revisado
adjunto

Noviembre de 2002

Guía de buenas prácticas en enfermería
Cómo enfocar el futuro de la enfermería

Valoración y manejo del dolor



 **investen**
isciii

 **RNAO** Registered Nurses' Association of Ontario
Asociación de Enfermeras y Enfermeros
del Estado de Ontario
NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM



*Saludos de Doris Grinspun
Directora ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario*

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer esta Guía de buenas prácticas en enfermería. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la entrega y excelente servicio que las enfermeras ofrecemos en nuestra labor cotidiana.

Asimismo, queremos dar las gracias al Ministerio de Sanidad de Ontario, Canadá, por su financiación, pues supone reconocer nuestra capacidad de liderazgo en el desarrollo de este proyecto. La Directora del programa NBPG, Irmajean Bajnok RN, PhD, y la Directora asociada, Heather McConell RN, MScN, junto con su equipo de expertos, están sacando el programa adelante con determinación y proyectándolo más lejos de lo que en principio cabía esperar. La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para la creación y evaluación de cada una de las Guías. Los responsables de la contratación han respondido con entusiasmo a la implantación de las Guías en sus organizaciones. No obstante, lo primordial es que las enfermeras las utilicen con rigor y coherencia en su labor cotidiana.

Ahora es el momento de la prueba definitiva: ¿Utilizarán las enfermeras las Guías en su labor cotidiana?

El uso eficaz de estas Guías requiere el esfuerzo conjunto de cuatro grupos profesionales: las propias enfermeras, otros profesionales del sector sanitario, los responsables de formación en el ámbito académico y laboral y los responsables de la contratación. Tras haber asimilado estas Guías, las enfermeras y estudiantes de enfermería precisan un entorno laboral positivo para poder aplicarlas a la práctica diaria.

Es nuestro deseo que estas Guías se compartan con el equipo interdisciplinario. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos podemos asegurarnos de que las personas reciban la mejor atención posible siempre que que traten con nosotros. Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de nuestro esfuerzo.

La RNAO continuará trabajando con ahínco para mantener al día todas las Guías existentes y para desarrollar y evaluar futuras Guías. ¡Que la puesta en marcha se desarrolle con éxito!

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD (candidate)

Directora ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



Saludos de Teresa Moreno-Casbas, Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III de España

La Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (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.

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)".

Directora de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
Instituto Carlos III de España.

Madrid Enero 2011

Cómo utilizar este documento

Esta guía de buenas prácticas en enfermería es un documento exhaustivo que proporciona los recursos necesarios para el refuerzo de las prácticas de enfermería basadas en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno / instalaciones, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Las Guías no deben emplearse de forma literal sino como una herramienta útil para la toma de decisiones sobre la atención personalizada del paciente, así como para garantizar la disposición de las estructuras y respaldos adecuados para prestar el mejor servicio posible.

Las enfermeras, otros profesionales sanitarios y los administradores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica, hallarán este documento útil de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas educativos, herramientas de documentación y valoración. Se recomienda que las Guías se utilicen como una herramienta útil. No es necesario, ni práctico, que cada enfermera tenga un ejemplar de la Guía completa. Las enfermeras que proporcionan atención directa al paciente, podrán revisar las recomendaciones, las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones y el proceso utilizado para el desarrollo de las Guías. No obstante, se recomienda encarecidamente que los entornos / instalaciones adapten el formato de estas Guías, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo para el usuario. Esta Guía cuenta con sugerencias de formato para llevar a cabo dicha adaptación a nivel local.

1

Las instituciones que deseen utilizar esta Guía podrán:

- Evaluar las actuales prácticas de enfermería y cuidados sanitarios mediante las recomendaciones de la Guía.
- Identificar las recomendaciones que se ocupan de las necesidades o lagunas identificadas en los servicios actuales.
- Desarrollar de manera sistemática un plan para la implantación de las recomendaciones mediante el uso de herramientas y recursos asociados.

Mediante la página web de la RNAO, tanto instituciones como particulares podrán acceder a los recursos necesarios para la implantación de la Guía de buenas prácticas. La RNAO está interesada en conocer la aplicación práctica que se da a esta Guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia. La experiencia adquirida en los lugares en los que se ha llevado a cabo la implantación piloto se ofrece en esta Guía a través de comentarios aportados por el personal de enfermería, los educadores y los administradores. Estos comentarios han sido extraídos del informe de evaluación siguiente:

N. (2002). Evaluation of pilot sites implementation. Evaluation Summary: Assessment and Management of Pain. Ottawa, Canada: University of Ottawa

Miembros del equipo de desarrollo de las Guías

Doris Howell, RN, MScN, PhD(cand.)

Team Leader

*Independent Consultant, Oncology and Palliative Care
Lisle, Ontario*

Maria Beadle, RN

*Community Palliative Consultation Team
St. Joseph's Health Care,
Parkwood Hospital
London, Ontario*

Ann Brignell, RN

*Palliative Care Pain and Symptom Management Consultant/Educator
Palliative Care Initiatives, MOHLTC
Lambton County, Ontario*

Marilyn Deachman, RN, BA

*Clinical Nursing Consultant
Pain Management
Oakville, Ontario*

Heike Lackenbauer, RN

*Supportive Care Co-ordinator
Outpatient Oncology
Grand River Cancer Centre
Kitchener, Ontario*

Lori Palozzi, RN, MScN, ACNP

*Pain and Sedation Service
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario*

Sharon Preston, RN

*Resource Nurse in Oncology and Palliative Care
VON Eastern Lake Ontario Branch
Kingston, Ontario*

Cynthia Struthers, RN, MScN, ACNP, AOCN

*Director, Clinical & Advanced Practice Nursing
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario*

Karima Velji, RN, MSc, PhD(cand), ACNP, AOCN

*Advanced Practice Nurse
Radiation Oncology
University Health Network
Princess Margaret Hospital
Toronto, Ontario*

Judy Watt-Watson, RN, PhD

*Graduate Coordinator/
Associate Professor
Faculty of Nursing, University of Toronto
Clinical Associate
Wasser Pain Management Centre
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario*

Miembros del equipo de traducción de las Guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora científica

Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España

Esther González María, RN, MSc, PhD candidate

Coordinadora científica

Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Coordinadora técnica

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España

Equipo de traducción

Marta López González

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad Complutense de 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 Granada

Colaboración externa de 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 coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto 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 Balears, España*



Valoración y manejo del dolor

Equipo d proyecto:

Tazim Virani, RN, MScN
Project Director

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)
Project Coordinator

Anne Tait, RN, BScN
Project Coordinator

Carrie Scott
Administrative Assistant

Elaine Gergolas, BA
Administrative Assistant

6

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario
Programa de Guías de buenas prácticas en enfermería
111 Richmond Street West, Suite 1100
Toronto, Ontario
M5H 2G4
Página Web: www.rnao.org

Agradecimientos

Desde la RNAO queremos agradecer a los siguientes colaboradores su trabajo en la revisión y optimización de esta Guía:

Elizabeth Bildfell

Practice Consultant
College of Nurses of Ontario
Toronto, Ontario

Maryse Bouvette

Ontario Palliative Pain & Symptom
Management Network - East
Ottawa, Ontario

Lisa Hamilton

Registered Nurse
York Central Hospital
Richmond Hill, Ontario

Patti Kastanias

Acute Care Nurse Practitioner
University Health Network – Toronto
Western Hospital
Toronto, Ontario

Catherine Kiteley

Clinical Nurse Specialist Supportive Care
Credit Valley Hospital
Mississauga, Ontario

Dr. S. Lawrence Librach

Director, Temmy Latner Centre for
Palliative Care
Mount Sinai Hospital
W. Gifford-Jones
Professor Pain Control and Palliative Care
University of Toronto
Toronto, Ontario

Barb Linkewich

Ontario Palliative Pain & Symptom
Management Network - Northwest
Thunder Bay, Ontario

Marilyn Lundy

Clinical Consultant
Palliative Care Program
St. Elizabeth Health Care
North York, Ontario

Brenda MacKey

Registered Nurse
Victorian Order of Nurses: Waterloo-
Wellington-Dufferin Branch
Waterloo, Ontario

Carol Miller

Nurse Clinician
Complex Care Program
St. Joseph's Health Care
Parkwood Hospital
London, Ontario

Theresa Morris

Hospice Peterborough
Peterborough, Ontario

Dr. Eleanor Pask

Executive Director - Candlelighters
Toronto, Ontario

Patricia Payne

Canadian Cancer Society
Ontario Division
Toronto, Ontario

Elizabeth Peter

Assistant Professor
Faculty of Nursing, University of Toronto
Toronto, Ontario

Susan Saunders

Professional Practice Coordinator
Toronto Grace Hospital
Toronto, Ontario

Cindy Shobbrook

Advanced Practice Nurse
University Health Network–
Princess Margaret Hospital
Toronto, Ontario

Marlene Solomon

Parent Representative
HSC Pain and Sedation Committee Member
HSC Family Advisory Committee
Toronto, Ontario

Asimismo la RNAO quiere agradecer su participación en la prueba piloto de esta Guía a las siguientes instituciones de Thunder Bay, Ontario:

Thunder Bay Regional Hospital (TBRH)

Northwestern Ontario Regional Cancer Centre (NWORCC)

St. Joseph's Care Group (SJCG)

Community Care Access Centre (CCAC) of the District of Thunder Bay

Central Park Lodge (CPL)



La RNAO desea expresar su más sincero agradecimiento por la capacidad de liderazgo y dedicación de los investigadores que han dirigido la fase de evaluación del Proyecto NBPG. El equipo de evaluación está formado por:

Principal Investigators:

Nancy Edwards, RN, PhD
Barbara Davies, RN, PhD
University of Ottawa

Evaluation Team Co-Investigators:

Maureen Dobbins, RN, PhD
Jenny Ploeg, RN, PhD
Jennifer Skelly, RN, PhD
McMaster University

Patricia Griffin, RN, PhD
University of Ottawa

Research Associates

Marilynn Kuhn, MHA
Cindy Hunt, RN, PhD
Mandy Fisher, BN, MSc(cand.)

Información de contacto

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

Proyecto de Guías de buenas prácticas en enfermería

111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

Head Office

438 University Avenue, Suite 1600
Toronto, Ontario
M5G 2K8



Valoración y manejo del dolor

Aviso de responsabilidad

Estas Guías se ocupan únicamente de la práctica de la enfermería y no de su dimensión económica. El uso de las Guías no es obligatorio para las enfermeras, y debe ser flexible para poder amoldarse a las preferencias del paciente y la familia, así como a las circunstancias particulares. 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 (en lo sucesivo 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. Cualquier referencia a productos farmacéuticos específicos que se realice en estos documentos no implica promoción alguna de los mismos.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente 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:

Registered Nurses Association of Ontario (2002). *Valoración y manejo del dolor*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of 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.

Índice de contenidos

Resumen de recomendaciones	13
Responsabilidad en el desarrollo de la Guía	30
Objetivos y ámbito de aplicación	31
Proceso de desarrollo de la Guía	32
Interpretación de la evidencia	34
Definiciones	36
Antecedentes	39
Recomendaciones para la práctica	42
Recomendaciones para la formación	79
Recomendaciones para la organización y directrices	80
Evaluación y seguimiento de la Guía	88
Proceso de actualización y revisión de la Guía	93
Referencias bibliográficas	94
Bibliografía	99



Anexo A: Glosario de términos médicos	103
Valoración	
Anexo B: Herramientas para la valoración del dolor en neonatos, lactantes y niños ..	106
Anexo C: Preguntas tipo para la valoración inicial del dolor	109
Anexo D: Preguntas adicionales para la valoración del dolor	110
Anexo E: Herramientas para la valoración del dolor en adultos	111
Tratamiento	
Anexo F: Escala analgésica	127
Anexo G: Ejemplo de protocolo de administración de inyecciones subcutáneas	129
Anexo H: Métodos no farmacológicos para el control del dolor	131
Anexo I: Descripción de la Herramienta	134
Anexo J: Recomendaciones para la práctica	135



Resumen de recomendaciones

Recomendaciones para la práctica

PARTE A- Valoración

Cribado del dolor

Recomendación	1
---------------	---

Hacer una valoración, al menos una vez al día, de las personas que potencialmente pueden sufrir dolor mediante preguntas a la familia, al cuidador o al propio paciente sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.

- En el caso de los niños, tener en cuenta las siguientes consideraciones:
 - Preguntar a los padres las palabras que el niño utiliza para describir el dolor u observar el comportamiento frente al dolor.
 - Valorar el dolor cuando se lleve a cabo cualquier tipo de examen rutinario.
- Para las personas mayores frágiles, no conscientes o que no verbalizan, valorar si se cumplen los siguientes aspectos:
 - afirma la presencia de dolor;
 - experimenta cambios en el estado de salud;
 - se le ha diagnosticado una enfermedad que cursa con dolor crónico;
 - tiene enfermedad crónica dolorosa;
 - ha tomado medicamentos para el tratamiento del dolor durante más de 72 horas;
 - tiene comportamientos relacionados con el dolor o muecas faciales;
 - la familia, el personal o el acompañante avisan de la presencia de dolor.

Grado de recomendación = C

Parámetros para la valoración del dolor

Recomendación	2
---------------	---

En el caso de los pacientes con las capacidades verbales y cognitivas íntegras, el autoinforme es la fuente principal para la valoración. En aquellos casos en los que la persona afectada no sea capaz de proporcionar dicho autoinforme (incluidos los niños), se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia

Grado de recomendación = C

Recomendación	3
---------------	---

Para la valoración de los parámetros del dolor se ha seleccionado una herramienta sistemática y validada que incluye:

- la localización de dolor;
- los efectos del dolor en las funciones y actividades de la vida diaria (i.e., el trabajo, las interferencias en las actividades cotidianas, etc.);
- el nivel de dolor en estado de reposo o de actividad;
- el manejo de la medicación;
- factores desencadenantes o precipitantes;
- calidad del dolor (¿Qué palabras utiliza la persona para describir el dolor? Dolor sordo, punzante, etc.);
- irradiación del dolor (¿desde dónde se extiende?);
- severidad del dolor (escala de intensidad de 0 a 10); y
- frecuencia temporal (ocasional, intermitente, continua, constante).

Grado de recomendación = C

Recomendación

4

Para la valoración de la intensidad del dolor se utiliza una herramienta sistemática y validada.

- Escala Visual Analógica (EVA);
- Escala de Valoración Numérica (NRS, por sus siglas en inglés);
- Escala verbal;
- Escala facial;
- Escala de conducta.

Grado de recomendación = C

Recomendación

5

Asimismo, la valoración del dolor incluye indicadores fisiológicos y conductuales, y debe abarcar grupos tales como lactantes, niños, personas con discapacidad cognitiva y aquellas que sufren dolor agudo.

Grado de recomendación = C



Valoración integral del dolor

Recomendación

6

Los siguientes parámetros forman parte de una valoración integral del dolor:

- valoración física, pruebas de laboratorio y diagnósticas;
- efecto y comprensión de la enfermedad actual;
- significado del dolor y sufrimiento causado por el dolor;
- estrategias para afrontar el estrés y el dolor;
- efectos sobre las actividades de la vida diaria (especialmente en el caso de ancianos frágiles y personas con discapacidad cognitiva);
- efectos psicosociales y espirituales;
- variables sociales y psicológicas (depresión);
- factores situacionales: cultura, idioma, factores étnicos, efectos económicos derivados del dolor y del tratamiento;
- preferencias de la persona, creencias, mitos a cerca de los métodos para el manejo del dolor; y
- preferencias de la persona y su respuesta al recibir información relacionada con su situación y con el dolor.

Grado de recomendación = C

Revaloración y valoraciones continuadas del dolor

Recomendación 7

Se debe llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados.

- el dolor se vuelve a valorar en cada nuevo informe del dolor y en cada procedimiento, cuando la intensidad aumenta y cuando el dolor no se alivia con las estrategias que previamente eran eficaces.
- el dolor es revalorado después de que la intervención haya alcanzado el efecto máximo (15-30 minutos después de la administración de la terapia por vía parenteral, una hora después de la administración de analgésicos de liberación inmediata, 4 horas tras el tratamiento con analgésicos de liberación sostenida o la utilización de un parche transdérmico y 30 minutos después de una intervención no farmacológica).
- el dolor agudo postoperatorio debe valorarse con cierta regularidad, en función de la intervención y de la intensidad del dolor, con cada nuevo episodio de dolor o en caso de un dolor inesperado y tras la administración de cada analgésico, teniendo en cuenta el momento en el que alcanza su máximo efecto.

Grado de recomendación = C



Recomendación 8

Los siguientes parámetros se incluyen en la revaloración periódica del dolor:

- intensidad del dolor actual, calidad y localización;
- empeoramiento de la intensidad del dolor en las últimas 24 horas, en reposo y en movimiento;
- grado de alivio del dolor logrado – respuesta (reducción en la escala de intensidad del dolor);
- las barreras para la implantación del plan de cuidados;
- los efectos del dolor en las AVD, el sueño y el estado de ánimo;
- los efectos secundarios de la medicación para el tratamiento del dolor (náuseas, estreñimiento);
- el nivel de sedación; y
- las estrategias utilizadas para aliviar el dolor, por ejemplo:
 - dosis de analgésicos tomados de forma regular y para el dolor de aparición repentina
 - intervenciones no farmacológicas:
 - modalidades físicas
 - estrategias cognitivas y de comportamiento
 - estrategias de rehabilitación
 - cambios de entorno
 - reducción de la ansiedad.

Grado de recomendación = C

Recomendación 9

Se debe valorar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado con alteraciones de las constantes vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre.

Grado de recomendación = C

Documentación para la valoración del dolor

Recomendación 10

Realizar un registro de las experiencias personales de dolor específicas de un grupo de pacientes y de un centro sanitario mediante un formulario normalizado. Las herramientas para llevar a cabo el registro incluyen:

- valoración inicial, valoración integral y revaloración.
- herramientas de monitorización que hagan un seguimiento de la eficacia de la intervención (escala de 0 a 10).

Grado de recomendación = C

Recomendación 11

Documentación de la valoración del dolor de forma regular y sistemática en un formulario normalizado accesible a todo el personal sanitario implicado en el cuidado.

Grado de recomendación = C

Recomendación 12

Enseñar a pacientes y familiares (como subrogados) a documentar la valoración del dolor con las herramientas adecuadas cuando se presten cuidados. Esto facilitará su contribución al plan de cuidados y promoverá la continuidad del manejo eficaz del dolor en todos los entornos.

Grado de recomendación = C

Notificación de las conclusiones extraídas de la valoración del dolor

Recomendación 13

Confirmar con los pacientes o con los cuidadores que las conclusiones de la valoración del dolor (obtenidas por el personal sanitario, el paciente y el cuidador) reflejan realmente la experiencia vivida por el propio paciente.

Grado de recomendación = C

Recomendación 14

Comunicar al equipo interdisciplinar las conclusiones de la valoración del dolor mediante la descripción de los parámetros obtenidos con una herramienta de valoración estructurada, el alivio o la ausencia de éste, obtenido con el tratamiento, los objetivos que el paciente espera alcanzar con dicho tratamiento y los efectos que el dolor causa en el enfermo.

Grado de recomendación = C



Recomendación 15

Abogar a favor del paciente para cambiar el plan de cuidados cuando el dolor no remita. Una vez identificada la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debatirá con los demás miembros del equipo interdisciplinar dicho plan. La enfermera respaldará sus recomendaciones basándose en la evidencia adecuada que fundamente la necesidad de ese cambio con lo siguiente:

- la intensidad del dolor utilizando para ello una escala validada;
- cambio en las puntuaciones de la intensidad del dolor en las últimas 24 horas;
- los cambios en la calidad e intensidad del dolor tras la administración de analgésicos y en el tiempo que dura el efecto;
- cantidad de medicación tomada de forma regular y para el dolor de aparición repentina tomada en las últimas 24 horas;
- el grado de alivio que el paciente espera obtener;
- el efecto que el dolor continuo tiene en el paciente;
- la presencia o ausencia de efectos secundarios o tóxicos; y
- sugerencias para cambios específicos en el plan de cuidados que se basen en la evidencia.

Grado de recomendación = C

Recomendación 16

Informar al paciente o al cuidador sobre:

- el uso de un registro o diario del dolor (proporcionar una herramienta).
- la conveniencia de comunicarle al médico que los dolores persisten y respaldar al paciente para que vele por su propia salud.

Grado de recomendación = C

Recomendación 17

Existe la responsabilidad ética de informar de las situaciones de dolor persistente a través de los canales de comunicación apropiados de la institución, incluida la documentación del propio paciente o del cuidador.

Grado de recomendación = C

Recomendación 18

Derivar a los pacientes con dolor crónico que no han experimentado ninguna mejoría tras el tratamiento estándar a:

- un especialista experto en tratar un tipo específico de dolor;
- a un equipo multidisciplinar para abordar los complejos factores emocionales, psicológicos, sociales, espirituales y factores médicos concomitantes involucrados.

Grado de recomendación = C



PARTE B: Gestión

Establecimiento del plan de cuidados para el tratamiento del dolor

Recomendación 19

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

- los resultados de la valoración;
- las características basales del dolor;
- los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor;
- la etiología;
- las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas;
- la intervención para el manejo del dolor; y
- los principales planes de cuidados actuales y futuros.

Grado de recomendación = C

Recomendación 20

Proporcionar al paciente, a su familia o al cuidador, una copia del plan de cuidados para fomentar la toma de decisiones y su participación en el tratamiento del dolor. Se ajustará el plan de acuerdo con los resultados de la valoración y de la revaloración. Los cambios en el plan de cuidados deberán ser registrados y comunicados a todos aquellos involucrados en la aplicación del plan.

Grado de recomendación = A

Manejo farmacológico del dolor

Selección de los analgésicos adecuados

Recomendación 21

Hay que asegurarse de que la elección de analgésicos se adapta a cada persona, teniendo en cuenta lo siguiente:

- el tipo de dolor (agudo o crónico, nociceptivo y / o neuropático);
- la intensidad del dolor;
- los factores que influyen en la toxicidad del analgésico (la edad; enfermedad, trombocitopenia);
- el estado general de salud de la persona;
- los problemas concomitantes de salud;
- la respuesta a la medicación previa o actual;
- los costes para el paciente, la familia; y
- el lugar donde se realizan los cuidados.

Grado de recomendación = A



Recomendación 22

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

- la vía oral es la ruta preferida para el dolor crónico y el dolor agudo en la fase de curación.
- adaptar la vía al dolor de forma individual y al ámbito de los cuidados.
- tras una cirugía mayor suele elegirse la administración parenteral por vía intravenosa, ya sea en bolo o mediante infusión continua.

Grado de recomendación = C

- la vía intramuscular no es recomendable en adultos, lactantes o niños porque es dolorosa y poco fiable.

Grado de recomendación = B

Recomendación 23

La selección de los analgésicos se realizará de forma escalonada en función de la intensidad del dolor:

- el uso de la escalera analgésica de la OMS se recomienda para tratamientos de dolor crónico oncológico.
- el manejo farmacológico del dolor postoperatorio de leve a moderado comienza con paracetamol o analgésicos no esteroideos (AINE). No obstante, si se trata de un dolor de intensidad moderada a severa se debería comenzar por un analgésico opioide.

Grado de recomendación = B

Recomendación 24

Se aconseja consultar a un experto en el manejo del dolor cuando se trate de una situación compleja que incluya, pero no se limite a:

- un dolor que no responde al tratamiento estándar;
- múltiples focos de dolor;
- una combinación de dolor neuropático y nociceptivo; y
- antecedentes de abuso de sustancias.

Grado de recomendación = C

Recomendación 25

Se acepta el uso del paracetamol o de los analgésicos no esteroideos (AINE) para el tratamiento del dolor leve y como analgésicos coadyuvantes para algunos tipos de dolor específicos salvo contraindicación.

Grado de recomendación = A

Recomendación 26

Tener en cuenta que el uso de los medicamentos coadyuvantes es un complemento importante para el tratamiento de tipos específicos de dolor.

- los fármacos coadyuvantes como los anticolvulsivantes y antidepresivos proporcionan analgesia independiente para tipos de dolor específicos.
- se necesita precaución adicional en la administración de fármacos antidepresivos y anticolvulsivantes a las personas mayores que pueden experimentar importantes efectos secundarios anticolinérgicos y sedantes.

Grado de recomendación = B

Recomendación 27

Se acepta el uso de los opioides para el tratamiento del dolor de intensidad moderada a severa, salvo contraindicaciones, teniendo en cuenta lo siguiente:

- las dosis previas de analgésicos;
- la historia previa de tratamiento con opioides;
- la frecuencia de administración;
- la vía de administración;
- la incidencia y severidad de los efectos secundarios;
- la relación entre las posibles reacciones adversas y la edad; y
- la función renal.

Grado de recomendación = A

Recomendación 28

Considerar los siguientes principios farmacológicos cuando se utilicen opioides para el tratamiento del dolor severo:

- Los agonistas / antagonistas combinados (p. ej. pentazocina) no se administran con opioides porque pueden producir síndrome de abstinencia y aumentar el dolor.
- Las personas mayores poseen un mayor pico y duración de acción de los analgésicos que los individuos más jóvenes, por lo que la administración debe iniciarse con dosis más bajas y un aumento más lento (“valoración cuidadosa”).

- El tratamiento de neonatos y lactantes menores de seis meses con opioides requiere precauciones especiales. Las dosis de los fármacos, incluidos los anestésicos locales, deben ser calculados con cuidado dependiendo del peso actual o del peso más adecuado del neonato. Las dosis iniciales no deben exceder la cantidad máxima recomendada.

Grado de recomendación = B

Recomendación 29

Tener en cuenta que el uso de la petidina está contraindicado para el tratamiento del dolor crónico.

- No se recomienda el uso de la petidina para el tratamiento del dolor crónico debido a la acumulación de norpetidina, un metabolito tóxico que podría causar disforia y convulsiones.
- Se puede utilizar la petidina para el tratamiento de personas sanas, que padezcan puntualmente un episodio de dolor agudo y que no hayan mostrado una reacción inusual (es decir, liberación local de histamina en el lugar de la infusión) o una reacción alérgica a otros opioides como la morfina o la hidromorfona.
- La meperidina está contraindicada en los pacientes con insuficiencia renal

Grado de recomendación = A

Optimización del alivio del dolor con opioides

Recomendación 30

Asegurarse de que el momento de la administración de los analgésicos es el apropiado de acuerdo con las características personales del paciente, la farmacología (i.e., la duración de la acción, efecto máximo y vida media) y la vía de administración.

Grado de recomendación = B

Recomendación 31

Tener en cuenta que los opioides deben administrarse conforme a un horario regular de acuerdo con la duración de la acción y dependiendo de lo que se estime que vaya a durar el dolor severo.

- Si el dolor intenso se espera que dure hasta 48 horas después de la intervención, pueden ser necesaria la administración de fármacos de base durante ese periodo. Más adelante, durante el postoperatorio, los analgésicos pueden ser efectivos bajo la premisa de “si precisa”.
- En el dolor crónico relacionado con el cáncer, los opioides se administran de manera continua, de acuerdo con la duración de la acción.
- Los opioides de acción prolongada son más apropiados cuando las dosis se mantienen estables.

Grado de recomendación = A

Recomendación 32

Ajustar la dosificación al tipo de dolor hasta obtener la dosis de analgésico que lo mitiga reduciendo al mínimo los posibles efectos secundarios, de acuerdo con:

- la causa del dolor;
- la respuesta del paciente a la terapia;
- el estado de salud;
- el uso de fármacos concomitantes;
- el inicio y efecto máximo;
- la duración del efecto analgésico;
- la edad; y
- conocimiento de la farmacocinética y la farmacodinámica de los fármacos administrados. Las dosis se suelen incrementar cada 24 horas en personas con dolor crónico en preparaciones de liberación inmediata y cada 48 horas para personas que les administra opioides de liberación retardada. La excepción es el caso del fentanilo transdérmico que se puede ajustar cada 3 días.

Grado de recomendación = B



Recomendación 33

Tratar de inmediato el dolor que tiene lugar entre las dosis habituales de analgésicos (dolor irruptivo) respetando los siguientes principios:

- Las dosis de rescate de analgésicos en periodos postoperatorios dependen de la dosis de base de analgésicos, del ritmo respiratorio del paciente y del tipo de cirugía, y normalmente se administran en bolo a través de una bomba de analgesia controlada por el paciente (PCA, por sus siglas en inglés).
- Las dosis de analgésicos de rescate se deben administrar a la persona “si precisa”, de acuerdo con el efecto máximo del fármaco (v.o./v.r. = cada 1h; S.C./IM = cada 30 min; I.V. = cada 10-15 min).
- Es más eficaz utilizar el mismo opioide para una dosis de rescate que para el tratamiento de base.
- Las personas con dolor crónico deben tener:
 - Disponibilidad de un fármaco opioide de liberación inmediata en caso de que presenten dolor irruptivo entre las tomas regulares.

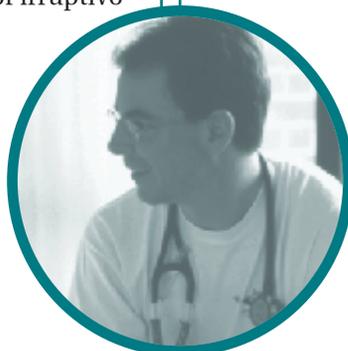
- Las dosis de rescate de analgésicos para el dolor continuo por cáncer deben calcularse para que represente entre un 10-15% de la dosis diaria total del analgésico administrado "en pauta fija".
- Cuando se incremente la dosis de la medicación de base administrada de forma regular se debe ajustar la dosis de rescate.
- Es necesario ajustar la dosis de analgésico de base cuando, en un periodo de 24 horas, el paciente requiere más de 2 ó 3 dosis de rescate y a pesar de ello, el dolor no está controlado.

Grado de recomendación = C

Recomendación 34

Utilizar una tabla de equianalgesia para asegurar la equivalencia cuando se cambia un analgésico por otro. En condiciones normales de dolor, si se desea cambiar de forma segura un analgésico por otro, se reducirá a la mitad la dosis del nuevo analgésico.

Grado de recomendación = C



Recomendación 35

Asegurarse de que se han prescrito vías alternativas de administración cuando no pueda hacerse a través de la vía oral, teniendo en cuenta tanto las preferencias del paciente como la vía más eficaz y menos invasiva.

- Las indicaciones para la vía transdérmica de la medicación incluyen la alergia a la morfina, náuseas y vómitos refractarios, y dificultad para la deglución.
- Se debe considerar el tratamiento con opioides en infusión continua subcutánea para pacientes con cáncer que sufren náuseas y vómitos refractarios, incapacidad para deglutir, o requieren esta vía para evitar continuos picos y valles en el control del dolor.
- El coste de los medicamentos y la tecnología necesaria para su administración (por ejemplo, bombas de dolor), deberán tenerse en cuenta en la selección de determinadas vías alternativas de administración.
- Considere el uso de un sistema de punción con aguja de palometa para administrar analgésicos por vía subcutánea intermitente.
- La vía epidural debe ser utilizada por médicos con los recursos y la experiencia adecuados.

Grado de recomendación = C

Recomendación 36

Diferenciar entre adicción a los medicamentos, tolerancia y dependencia para prevenir que esto constituya una barrera a la hora de aliviar el dolor de forma óptima.

Grado de recomendación = A

Monitorización para la seguridad y eficacia

Recomendación 37

Monitorizar a las personas que toman opioides y que corren un mayor riesgo de padecer una depresión respiratoria, sabiendo que el uso de opioides en las personas que no sufren dolor alguno, o cuando las dosis administradas son más altas de lo necesario para el control del dolor, pueden ralentizar o paralizar la respiración.

- La depresión respiratoria se desarrolla con menos frecuencia en personas que tienen su dosis de opioides ajustada adecuadamente. Aquellos que han tomado opioides durante un tiempo para el control del dolor crónico o relacionado con el cáncer son menos propensos a desarrollar este síntoma.
- El riesgo de depresión respiratoria aumenta con la administración intravenosa o epidural de opioides, el aumento rápido de la dosis, o con la insuficiencia renal.

Grado de recomendación = A

Recomendación 38

Seguimiento de los pacientes que toman analgésicos para detectar la toxicidad y los posibles efectos secundarios. Recomendar un cambio de opioides si, a pesar de un ajuste apropiado de la dosis, no se alivia el dolor y el paciente sufre efectos secundarios refractarios al tratamiento profiláctico como son la mioclonía o la confusión. Se debe tener especial precaución cuando se administran analgésicos a ancianos y a niños.

Grado de recomendación = C

Recomendación 39

Evaluar la eficacia de los analgésicos administrados en intervalos regulares y tras una modificación de la dosis, la vía o el momento de la toma. Se recomienda un cambio de analgésicos cuando los actuales no alivien el dolor.

Grado de recomendación = C

Recomendación 40

Buscar a un especialista en el tratamiento del dolor para aquellos pacientes que necesiten incrementar la dosis de opioides cuando ya no sean efectivos para controlar el dolor. La valoración debe incluir la valoración de síntomas residuales y otras causas de dolor, como el dolor neuropático.

Grado de recomendación = C

Anticipar y prevenir los efectos de los opioides

Recomendación 41

Anticipar y monitorizar a los pacientes que tomen opioides para prevenir los posibles efectos secundarios más comunes como náuseas, vómitos, estreñimiento y somnolencia, e iniciar el tratamiento profiláctico adecuado.

Grado de recomendación = B

Recomendación 42

Asesorar a los pacientes sobre los efectos secundarios de los opioides, e informarles de que estos pueden controlarse para garantizar la máxima adherencia al régimen terapéutico.

Grado de recomendación = C

Recomendación 43

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

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

Grado de recomendación = A

Náuseas y vómitos

Recomendación 44

Valorar a aquellos pacientes que toman opioides para comprobar si tienen náuseas o vómitos, prestando especial atención a la relación entre el síntoma y el momento de la toma.

Grado de recomendación = C

Recomendación 45

Asegurarse de que a los pacientes que toman analgésicos opioides de manera regular se les ha prescrito un antiemético “a demanda”; en caso de que las náuseas y los vómitos persistan, se administrarán de forma fija.

Grado de recomendación = C

Recomendación 46

Saber que los antieméticos tienen diferentes mecanismos de acción y que la correcta selección del antiemético se basa en el entendimiento de esto y de la etiología del síntoma.

Grado de recomendación = C

Recomendación | 47

Comprobar con cierta frecuencia el efecto del antiemético para determinar el grado de alivio de las náuseas o vómitos y recomendar futuras valoraciones si el síntoma persiste a pesar de que el tratamiento sea el adecuado.

Grado de recomendación = C

Recomendación | 48

Consultar con un médico el cambio de antiemético si se determina que las náuseas o vómitos están directamente relacionados con los opioides y no se produce una mejora con las dosis apropiadas de antieméticos.

Grado de recomendación = C

Estreñimiento

Recomendación | 49

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

- Laxantes como medida preventiva, para los pacientes que sigan un tratamiento regular con opioides, los laxantes deben ir con prescripción y aumentar su dosis cuando sea necesario hasta alcanzar el efecto deseado.

Grado de recomendación = B

- Los laxantes osmóticos ablandan las deposiciones y estimulan el peristaltismo, y podrían ser una alternativa válida para aquellos pacientes que tengan dificultad a la hora de administrar un volumen creciente de pastillas.

Grado de recomendación = B

- Los laxantes estimulantes podrían estar contraindicados en caso de impactación fecal. Los enemas y supositorios podrían ser necesarios para solucionar la impactación antes de reanudar los estimulantes por vía oral.

Grado de recomendación = C

Recomendación | 50

Aconsejar a los pacientes sobre posibles ajustes en la dieta para mejorar el peristaltismo intestinal, teniendo en cuenta las circunstancias personales (los pacientes gravemente enfermos podrían no tolerarlo) y preferencias.

Grado de recomendación = C

Recomendación | 51

Derivar urgentemente al médico a aquellas personas con estreñimiento que no respondan al tratamiento y que además padezcan dolores abdominales y/o vómitos.

Grado de recomendación = C

Somnolencia/Sedación

Recomendación | 52

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

Grado de recomendación = C

Recomendación | 53

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

Grado de recomendación = C

Anticipar y prevenir el dolor causado por un procedimiento

Recomendación 54

Anticiparse al dolor que pueda aparecer durante ciertos procedimientos (pruebas complementarias, cambios de vendaje, etc.) y combinar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas como medida preventiva.

Grado de recomendación = C

Recomendación 55

Identificar los analgésicos y/o los anestésicos locales como la base del tratamiento farmacológico de los procedimientos dolorosos. Los ansiolíticos y los sedantes se utilizan específicamente para la reducción de la ansiedad asociada. Si se utilizan de forma individual, tanto los ansiolíticos como los sedantes, afectan a las respuestas conductuales sin aliviar el dolor.

Grado de recomendación = C

Recomendación 56

Cuando se realice una sedación consciente, asegurarse de que está supervisada por un especialista y que se establece un procedimiento de monitorización adecuado.

Grado de recomendación = C

Educación del paciente y la familia

Recomendación 57

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

Grado de recomendación = A

Recomendación 58

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

Grado de recomendación = C

Recomendación 59

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

- la adicción (dependencia psicológica) no es una dependencia física o tolerancia y no es habitual en personas que toman opioides para el dolor crónico.
- las personas que utilizan los opioides de manera crónica para controlar el dolor pueden mostrar signos de tolerancia que requieren aumentos de las dosis. Sin embargo, la tolerancia no suele ser un problema y la gente puede utilizar la misma dosis durante años.
- las personas que ya no necesitan un opioide después de su utilización a largo plazo necesitan reducir su dosis lentamente a lo largo de varias semanas para prevenir los síntomas de abstinencia debido a la dependencia física.

Grado de recomendación = A

Documentación eficaz

Recomendación 60

Documentar todas las intervenciones farmacológicas en un registro sistemático del dolor en el que se pueda identificar con claridad el efecto del analgésico en el alivio del dolor. Utilizar este registro para ajustar la dosis de analgésicos con el equipo interdisciplinar. En él se debe anotar la fecha, hora, intensidad, localización y tipo de dolor.

Grado de recomendación = C

Recomendación 61

Porporcionar al paciente o a la familia un método sencillo para documentar los efectos de los analgésicos durante los cuidados en el domicilio.

Grado de recomendación = C

Manejo no farmacológico del dolor

Recomendación 62

Combinar los métodos farmacológicos y no farmacológicos para conseguir un manejo eficaz del dolor.

- los tratamientos no farmacológicos no se deben utilizar como sustituto del tratamiento farmacológico adecuado.
- la selección de los métodos no farmacológicos debe basarse en las preferencias del paciente así como en los objetivos del tratamiento.
- cualquier posible contraindicación de los métodos no farmacológicos debe ser considerada antes de la aplicación.

Grado de recomendación = C

Recomendación 63

Establecer estrategias específicas con una eficacia reconocida para ciertos tipos de dolor como son la aplicación superficial de calor o frío, masajes, relajación, visualización, y presión o vibración, salvo contraindicaciones.

Grado de recomendación = C

Recomendación 64

Implantar al inicio del tratamiento intervenciones psicosociales que faciliten la adaptación del paciente y la familia.

Grado de recomendación = B

Recomendación 65

Establecer intervenciones psicoeducativas como parte del plan general de cuidados para el manejo del dolor.

Grado de recomendación = A

Recomendación 66

Tener en cuenta que las estrategias cognitivo-conductuales combinadas con un programa de rehabilitación multidisciplinario son un método importante para el tratamiento del dolor crónico benigno.

Grado de recomendación = A



Recomendaciones para la formación

Recomendación 67

Las enfermeras preparadas para empezar a trabajar en la práctica clínica deben conocer los principios sobre la valoración y el tratamiento del dolor.

Grado de recomendación = C

Recomendación 68

Los principios de valoración y manejo del dolor deben estar incluidos en los programas de orientación y hacerlos accesibles a través de las oportunidades de desarrollo profesional de la institución.

Grado de recomendación = C

Recomendación 69

Los programas formativos deben diseñarse de tal manera que permitan la introducción de cambios en el conocimiento, aptitudes y creencias de las enfermeras sobre la valoración y el manejo del dolor y asegurar así el apoyo a las nuevas prácticas.

Grado de recomendación = C

Recomendación 70

Los programas formativos deben dar oportunidades a las enfermeras para evidenciar prácticas efectivas para la valoración y el manejo del dolor, dirigiendo los recursos necesarios para respaldarlas (p. ej. modificación de las prácticas, sistemas de recordatorio, eliminación de barreras, etc.).

Grado de recomendación = C

Recomendaciones para la organización y directrices

Recomendación 71

Los órganos reguladores de enfermería deben asegurar que los principios y prácticas enfermeras incluyen la adopción de una normativa de responsabilidad para el manejo del dolor.

Grado de recomendación = C

Recomendación 72

Las organizaciones de atención sanitaria deben tener un sistema de documentación para apoyar y reforzar un enfoque estandarizado para la valoración y el manejo del dolor.

Grado de recomendación = C

Recomendación 73

Las organizaciones de atención sanitaria deben tener recursos pedagógicos disponibles para los pacientes y sus familias o cuidadores en lo que concierne a su participación en la obtención de un alivio para el dolor idóneo.

Grado de recomendación = C

Recomendación | 74

Las instituciones sanitarias tienen que demostrar su compromiso en relación al reconocimiento del dolor como un problema prioritario. La política debe apoyar claramente o dirigir las expectativas del personal para que conviertan el alivio del dolor en una prioridad.

Grado de recomendación = C

Recomendación | 75

Las instituciones sanitarias deben asegurar que hay recursos disponibles para toda persona, familia o cuidador, y personal sanitario, con el fin de proporcionar una valoración y manejo del dolor efectivos, como por ejemplo el acceso a expertos en el manejo del dolor.

Grado de recomendación = C

Recomendación | 76

Las instituciones sanitarias tienen que demostrar su apoyo al enfoque interdisciplinario en el manejo del dolor

Grado de recomendación = C

Recomendación | 77

Las instituciones sanitarias deben poseer

sistemas de mejora de la calidad en los centros para controlar la calidad del manejo del dolor a través de la continuidad de los cuidados.

Grado de recomendación = C

Recomendación | 78

En la planificación de estrategias de formación, se deben tener en cuenta los métodos más eficaces para la difusión y la aplicación de las recomendaciones de la Guía. Estos métodos incluyen, pero no están limitados a:

- el uso de un modelo de cambio de comportamiento para orientar el desarrollo de estrategias para su implantación.
- el uso de una combinación de estrategias para influir en el cambio de la práctica.
- el diseño de estrategias de implantación que tengan en cuenta la influencia del entorno organizativo.

Grado de recomendación = A



Recomendación 79

Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y un respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos para ello. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:

- la evaluación de la disposición institucional y de los obstáculos para la formación;
- compromiso de todos los miembros (ya desempeñen una función de apoyo directa o indirecta) que vayan a contribuir al proceso de implantación.
- la dedicación de una persona cualificada para proporcionar el respaldo necesario a los procesos de formación e

implantación.

- oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- la oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional”.

Para este propósito, la RNAO (gracias a un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado *la Herramienta: Implantación de las Guías de práctica clínica*, basada en la evidencia disponible, perspectivas teóricas y consenso. Se recomienda esta Herramienta para orientar la implantación de la Guía de buenas prácticas en enfermería sobre la Valoración y manejo del dolor.

Grado de recomendación = C



Responsabilidad en el desarrollo de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), con la financiación del Ministerio de Sanidad y Atención a crónicos de Ontario, se ha embarcado en un proyecto piloto plurianual de desarrollo, evaluación y difusión de guías de buenas prácticas en enfermería. En esta segunda fase del proyecto, una de las prioridades es la valoración y el manejo del dolor. Esta Guía la desarrolló un equipo de enfermeras profesionales reunidas por la RNAO, que llevó a cabo su trabajo con toda libertad e independencia del Ministerio de Sanidad y Atención a crónicos.

Objetivos y ámbito de aplicación

Las Guías de buenas prácticas son documentos desarrollados de manera sistemática para ayudar tanto al personal sanitario como a los pacientes, en la toma de decisiones oportunas en relación a la atención sanitaria. Esta Guía pretende proporcionar directrices a las enfermeras en ejercicio dentro de cualquier entorno, tanto institucional como comunitario, para la valoración y el manejo del dolor, incluida la prevención del dolor cuando sea posible. La Guía incorpora buenas prácticas en los ámbitos tanto de dolor agudo como crónico con unas recomendaciones particulares respecto a: poblaciones específicas como son ancianos y niños. Las enfermeras que trabajan en especialidades como pediatría, gerontología, dolor crónico, dolor maligno, traumatología u otras especialidades quirúrgicas necesitan dirigir las guías de práctica clínica hacia su área específica de trabajo.

31

Esta Guía centra sus recomendaciones en tres áreas: Las recomendaciones para la práctica, incluidas la valoración y el tratamiento del dolor. Recomendaciones para la formación que respalden las competencias necesarias de las enfermeras; y recomendaciones de organización y directrices que reflejen la importancia de un entorno de prácticas propicio para ofrecer unos cuidados de enfermería de alta calidad. Para ello, es necesaria una evaluación continua de la implantación de la Guía.

La Guía contiene recomendaciones dirigidas a las enfermeras con el fin de que apliquen las mejores prácticas en cuanto a la valoración y manejo del dolor. Se sabe que las competencias particulares de las enfermeras varían de forma individual y también de acuerdo con su categoría profesional (enfermeras universitaria o con formación profesional) y se basan en los conocimientos, habilidades, actitudes, análisis crítico y toma de decisiones que van mejorando a lo largo del tiempo gracias a la experiencia y la formación. Como es natural, cada enfermera llevará a cabo únicamente aquellos aspectos de la valoración y el manejo del dolor que estén dentro de su ámbito de la práctica y para los que haya recibido la formación adecuada y experiencia.

Se espera que las enfermeras busquen el asesoramiento oportuno cuando las necesidades y cuidados del paciente sobrepasen la capacidad para actuar de manera independiente. Está ampliamente reconocido el hecho de que unos cuidados eficaces dependen de un enfoque interdisciplinar coordinado, que incluya la comunicación constante entre los profesionales sanitarios y el paciente, teniendo siempre en cuenta las preferencias personales y las necesidades únicas de cada paciente.

Proceso de desarrollo de la Guía

En junio de 2000, un grupo de enfermeras expertas en práctica clínica e investigación en la valoración y el manejo del dolor en pacientes que sufren dolor agudo, crónico, paliativo y pediátrico, de centros comunitarios e institucionales, se reunió bajo el amparo de la RNAO.

La primera tarea del grupo fue identificar y revisar guías de práctica clínica ya existentes para desarrollar el conocimiento actual sobre la valoración y el manejo del dolor, y llegar a un acuerdo en cuanto al ámbito de esta Guía. La búsqueda bibliográfica sistemática, además de una búsqueda estructurada en Internet, dio como resultado el hallazgo de un conjunto de diez guías de práctica clínica relacionadas con la valoración y el manejo del dolor. La opinión firme del equipo fue que estas directrices no estaban siendo utilizadas por la mayoría de las enfermeras en su práctica clínica. El grupo tomó la decisión de incorporar aquellas guías existentes que fuesen de aplicación para las enfermeras, en el desarrollo de esta Guía de buenas prácticas y en la creación de un documento útil para la práctica clínica.

Se realizó una evaluación de la calidad de las diez guías de práctica clínica identificadas utilizando la herramienta de Cluzeau et ál. (1997). Esta herramienta proporciona un marco para valorar la calidad de las guías de práctica clínica y facilita la toma de decisiones. Cada una de las guías mencionadas fue revisada por un mínimo de cuatro evaluadores. La puntuación que resultó de la valoración de las diferentes guías ayudó a los evaluadores a compararlas y determinar sus puntos fuertes y débiles relativos. A partir de esta evaluación sistemática, se seleccionaron cuatro guías de alta calidad, relevantes y apropiadas para su uso en el desarrollo de esta Guía de buenas prácticas. En concreto, sus puntos fuertes eran el rigor, el contexto y el contenido, lo que el grupo consideró importante para la información que necesitaban. Las guías son las siguientes:

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). (1992). *Acute pain management: Operative or medical procedures and trauma*. Clinical Practice Guideline, Number 1. AHCPR Publication Number 92-0032. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). (1994). *Management of cancer pain*. Clinical Practice Guideline, Number 9. AHCPR Publication Number 94-0592. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services

American Pain Society, Quality of Care Committee (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute and cancer pain. *Journal of the American Medical Association*, 274(23), 1874-1880.

Royal College of Nursing (1999). *Clinical practice guidelines –The recognition and assessment of acute pain in children, Technical report*. London: Royal College of Nursing.

333

El grupo de desarrollo sintetizó en una tabla las recomendaciones de las cuatro guías seleccionadas. Las recomendaciones para la práctica fueron extraídas o adaptadas de aquellas guías con mayor puntuación en rigor, contexto y contenido y aplicabilidad (primera ronda). En una segunda ronda, se extrajeron las recomendaciones para la práctica de aquellas guías que obtuvieron una alta valoración por el contenido o en las que el contenido era relevante y estaba respaldado por publicaciones ya existentes. El grupo adaptó las recomendaciones contenidas en estas guías para asegurar su aplicabilidad a las buenas prácticas en enfermería. Para poder desarrollar aquellas recomendaciones para la práctica que no se podían extraer de las guías existentes, se utilizaron revisiones sistemáticas y narrativas de otras publicaciones. Se obtuvo el consenso del grupo para cada recomendación.

Se presentó un borrador de la Guía a colaboradores externos para someterla a revisión. Las recomendaciones de los asesores fueron revisadas e incorporadas al borrador final de la Guía. Se hizo una prueba piloto con el documento provisional (borrador) en algunos centros sanitarios seleccionados de Ontario. Los centros piloto para la implantación de la Guía fueron seleccionados mediante un proceso de "solicitud de proyectos" dirigido por la RNAO. La fase de implantación fue evaluada, y mediante la valoración y revisión de los resultados obtenidos, el grupo mejoró la guía y la preparó para su publicación.

Interpretación de la evidencia:

Las buenas prácticas exigen que se oriente a las enfermeras con la mejor evidencia disponible. Para que el lector entienda la fuerza de la evidencia, se ha puntuado cada recomendación con un grado de recomendación. El sistema de clasificación utilizado en esta Guía ha sido adaptado de la Scottish Intercollegiate Guideline Network (2000).



Grados de las recomendaciones:

- A** Este grado debe incluir una revisión sistemática y/o un metaanálisis de ensayos aleatorizados y controlados.
- B** Requiere la disponibilidad de estudios clínicos bien dirigidos, pero no de ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Esto incluye la evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados sin aleatorización, estudios cuasiexperimentales y estudios no experimentales como son los estudios comparativos, los estudios de correlación y los estudios de casos. El grupo para el desarrollo de la guía de la RNAO apoya firmemente la inclusión en esta categoría de los estudios cualitativos bien diseñados.
- C** Requiere la evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o su opinión y/o las experiencias clínicas de autoridades. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables.

Punto de buenas prácticas

Las buenas prácticas recomendadas basadas en la experiencia clínica y el consenso del equipo de desarrollo de las guías RNAO. El equipo identifica estas recomendaciones como áreas para futuras investigaciones.



Definiciones

(En el Anexo A podrá encontrar el glosario de términos clínicos)

Colaborador: Individuo, grupo o institución con un interés particular en las decisiones y acciones de las instituciones y que puede tratar de ejercer su influencia sobre las mismas (Baker et ál., 1999). Entre los colaboradores se encuentran todos los individuos o grupos afectados directa o indirectamente por la modificación o solución del problema. Puede haber colaboradores de varias tipos, y pueden dividirse entre oponentes, partidarios y neutrales (Ontario Public Health Association, 1996).

Consenso: Un proceso para la toma de decisiones, y no un método para crear nuevos conceptos. En el mejor de los casos, el consenso únicamente asegura el mejor uso de la información disponible, ya se trate de datos científicos o de los conocimientos de los participantes (Black et al., 1999).

Cuidador: Toda persona que ayuda a otra que padece problemas de salud y atiende sus necesidades físicas y emocionales diarias en su hogar. Los profesionales sanitarios necesitan trabajar con los pacientes y sus cuidadores en un ámbito institucional para asegurarse de que tienen los conocimientos y habilidades necesarios para desenvolverse en el domicilio.

Dolor crónico: El dolor crónico no maligno es aquel que persiste mucho más que el tiempo normal de curación previsto (Merskey & Bogduk, 1994). El dolor crónico que está asociado con el cáncer es aquel que existe debido al tratamiento y/o a la propia enfermedad.

Dolor incidental: Véase "dolor relacionado con el movimiento".



Dolor irruptivo: Exacerbación intermitente del dolor que puede ocurrir de manera espontánea o en relación con algún tipo de actividad específica.

Dolor neuropático: Dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción en el sistema nervioso; afecta al sistema nervioso periférico y/o central (Merskey & Bogduk, 1994).

Dolor neuropático descrito: El dolor neuropático suele describirse como un dolor agudo, quemante o punzante y suele asociarse a otros síntomas como el entumecimiento o el hormigueo en la zona afectada.

Dolor nociceptivo: Dolor que implica un estímulo nocivo que daña los tejidos normales y la transmisión de este estímulo en un sistema nervioso que funcione con normalidad (Merskey & Bogduk, 1994).

Dolor nociceptivo descrito: Dolor nociceptivo que aparece tras un procedimiento doloroso como es la cirugía y que con frecuencia se describe como agudo y molesto. El dolor de origen somático (p.ej.: dolor óseo) puede ser descrito como sordo o molesto y es fácilmente localizable. El dolor visceral (p.ej.: dolor hepático) es, por lo general, más difícil de localizar y a menudo se irradia a otros puntos distantes del origen.

Dolor relacionado con el movimiento: Tipo de dolor irruptivo que está relacionado con una actividad específica, como comer, defecar, socializar o caminar. También se conoce como dolor incidental.

Evidencia: "Observación, hecho o conjunto ordenado de información que respalda o justifica las inferencias o creencias en la demostración de ciertas proposiciones o la materia en cuestión" (Madjar & Walton, 2001, p. 28).

Guías de práctica clínica o Guías de buenas prácticas: "Declaraciones desarrolladas de manera sistemática (basadas en la mejor evidencia disponible) para ayudar a profesionales de la salud y pacientes en la toma de decisiones acerca de los cuidados de salud más adecuados en circunstancias clínicas específicas (Field & Lohr, 1990, pág. 8. 8).

No farmacológico: Se refiere al tipo de tratamiento en el que no se utilizan medicamentos e incluye estrategias de rehabilitación, modalidades físicas como la aplicación de frío y el masaje, y métodos cognitivo-conductuales (AHCPR, 1994).

Recomendaciones para la formación: Informe de las necesidades de formación y proyectos o estrategias de formación para la introducción, implantación y sostenibilidad de la Guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la organización y directrices: Informe de los requisitos para garantizar que los centros sanitarios permitan el correcto desarrollo de la Guía de buenas prácticas. Las condiciones para el buen funcionamiento son en gran medida responsabilidad de la institución, aunque puede haber implicaciones en cuanto a las directrices a nivel gubernamental o social.

Recomendaciones para la práctica: Informes de buenas prácticas orientados a la práctica clínica y que, en condiciones ideales, están basados en la evidencia.

Revisión sistemática: Aplicación de un enfoque científico riguroso en la preparación de un artículo de revisión (National Health and Medical Research Centre, 1998). Las revisiones sistemáticas indican si los efectos de los cuidados sanitarios son congruentes, si los resultados de las investigaciones pueden aplicarse a distintos grupos de población, entornos y variaciones de tratamiento (por ejemplo, las dosis); y si los efectos pueden variar de forma significativa). El uso de una metodología explícita y sistemática en las revisiones limita el sesgo (errores sistemáticos) y reduce los efectos del azar, lo que proporciona unos resultados más fiables sobre los que sacar conclusiones y tomar decisiones (Clarke & Oxman, 1999).



Antecedentes

El dolor es una de las razones más frecuentes por las que se solicita la asistencia de los profesionales de la salud. El dolor puede constituir una carga significativa para los pacientes, las familias, la sociedad y el sistema de salud. Un estudio reciente llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud demostró que, aproximadamente, un 22% de la población ha sufrido dolor persistente durante el último año (Gureje, Von Korff, Simon & Gater, 1998). El estudio denominado “Michigan Pain Study” demostró mediante una encuesta estratificada y aleatorizada realizada a 1500 adultos de Michigan que el 20% de los adultos sufría algún tipo de dolor, crónico o recurrente, y señaló que el dolor tenía un gran impacto en sus vidas (EPIC/MRA, 1997). Según desvela este estudio, el 21% de las personas que sufren algún tipo de dolor han aumentado el número de visitas a urgencias y los índices de absentismo laboral, de manera que se pone de manifiesto el coste social del dolor no aliviado constituyendo una carga significativa para los pacientes, sus familias y el sistema de salud.

El dolor no aliviado produce unos efectos psicosociales y psicológicos profundos en el paciente, lo cual puede influir en la recuperación de una enfermedad grave, modificar su funcionamiento físico y emocional, disminuir su calidad de vida, y afectar a su capacidad laboral. A pesar de estas consecuencias nefastas, numerosos estudios siguen informando todavía sobre incidencias significativas de dolor no aliviado en todos los grupos de pacientes.

Se estima que el dolor persistente causado por una enfermedad metastásica se trata de manera inadecuada en más del 50% de los pacientes con cáncer (Cleeland et al, 1994; VonRoegen Cleeland & Gonin., 1993; Young, 1999). Los estudios revelan que entre el 25 y el 50% de los ancianos ambulatorios sufren un dolor significativo y la cifra aumenta hasta el 70% en el caso de los ancianos institucionalizados (Ferrell, 1991; Helm & Gibson, 1997; Turk & Feldman, 1992). Los estudios indican que entre el 50 y el 80% de los pacientes tuvieron dolor de intensidad moderada a severa siguiendo la pauta analgésica (AHCPR, 1994; McCaffery & Pasero, 1998).



Es muy difícil estimar la magnitud del dolor en los niños, ya que a menudo no se identifica el dolor y, además, la manera de proporcionar dicha información difiere mucho de un país a otro. Tanto el dolor no identificado como el que no se puede aliviar constituyen una carga para los niños y sus familias. Los niños que padecen algún tipo de dolor pueden experimentar irritabilidad, falta de sueño, trastornos alimentarios y desconfianza general hacia los profesionales sanitarios. Las familias pueden sentirse inseguras y molestas por haber sido incapaz de prevenir o controlar el dolor en su hijo (World Health Organization/IASP, 1998).

El conocimiento y los recursos existen con el fin de proporcionar un alivio satisfactorio del dolor y mejorar la calidad de vida de los que experimentan dolor de manera significativa. Los estándares de la Canadian Council on Health Services Accreditation (1995) permiten una orientación clara a los hospitales canadienses para que la evaluación continuada de la eficacia del tratamiento del dolor sea un componente esperado de la evaluación de la CCHSA. La postura de la Pain Society sobre el alivio del dolor establece que los pacientes tienen el derecho al mejor alivio del dolor posible (Watt-Watson et al., 1999).

Las enfermeras pueden asumir un papel fundamental en el manejo del dolor utilizando el conocimiento actual sobre las medidas para mitigar el dolor y adoptando unas buenas prácticas en la valoración y el manejo del dolor. Las enfermeras tienen la obligación legal y ética de velar para que se utilicen los medios más efectivos dentro del sistema sanitario con el fin de lograr el bienestar y el alivio del dolor de los pacientes.

“Hemos advertido un gran cambio en algunos de los residentes, hemos estado luchando durante mucho tiempo para tratar de mantenerlos cómodos. Hemos notado una gran diferencia en su nivel de comodidad. Hemos recibido comentarios de la familias que sus seres queridos parecen mucho más cómodos y relajados. Algunos de ellos están comiendo mejor. Así que yo diría que en este centro ha tenido un gran impacto” (Centro piloto de implementación).

Principios fundamentales para la valoración y manejo del dolor

Los siguientes principios fundamentales para la valoración y el manejo del dolor se han establecido a partir de varias declaraciones revisadas como parte del proceso de desarrollo de la Guía.

41

El equipo de desarrollo de la Guía de la RNAO ha logrado el consenso en los siguientes principios que orientan a la enfermera en la valoración y el manejo del dolor:

- Los pacientes tienen derecho a que se alivie su dolor en la mayor medida posible.
- El dolor agudo que no se ha podido eliminar tiene consecuencias y las enfermeras deben intentar prevenirlo siempre que sea posible.
- El dolor no aliviado requiere un análisis crítico de los factores e intervenciones relacionados con él.
- El dolor es una experiencia subjetiva, muy variable y multidimensional independientemente de la edad o las necesidades específicas de cada persona.
- Las enfermeras están legal y éticamente obligadas a defender un cambio en el plan de cuidados para cuando el manejo del dolor es inadecuado.
- Para la toma de decisiones relacionadas con el manejo del dolor es necesaria la colaboración de los pacientes y sus familias.
- La valoración y manejo eficaz del dolor tiene un alcance multidimensional y requiere la intervención interdisciplinaria coordinada.
- La competencia clínica en la valoración y el manejo del dolor exige una formación continuada.
- El uso efectivo de analgésicos opioides debería facilitar el desarrollo de actividades rutinarias como la deambulación, la actividad física y las actividades de la vida diaria.
- Las enfermeras están obligadas a participar en la evaluación formal de los procesos y resultados del manejo del dolor a nivel organizativo.
- Es responsabilidad de la enfermera negociar con otros profesionales sanitarios los cambios organizativos necesarios para facilitar prácticas.
- Las enfermeras recomiendan aquellos cambios en la política y la asignación de medios que vayan a respaldar un manejo efectivo del dolor.

Recomendaciones para la práctica

PARTE A – VALORACIÓN

Cribado del dolor

Recomendación • 1

Hacer una valoración, al menos una vez al día, de las personas que potencialmente pueden sufrir dolor mediante preguntas a la familia, al cuidador o al propio paciente sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.

Grado de recomendación = C

- En el caso de los niños, tener en cuenta las siguientes consideraciones:
 - Preguntar a los padres las palabras que el niño utiliza para describir el dolor u observarle para detectar algún comportamiento o señal que indique dolor.
 - Valorar el dolor cuando se lleve a cabo cualquier tipo de examen rutinario.
- En el caso de ancianos frágiles y personas con la capacidad verbal o cognitiva limitadas, realizar una valoración para comprobar si se presenta alguna de los siguientes indicadores:
 - afirma la presencia de dolor;
 - experimenta cambios en el estado de salud;
 - se le ha diagnosticado una enfermedad de dolor crónico;
 - tiene antecedentes de dolor crónico tácito;
 - ha tomado medicamentos para el tratamiento del dolor durante más de 72 horas;
 - tiene comportamientos que denotan sufrimiento o pone muecas de dolor;
 - la familia, el personal o el acompañante avisan de la presencia de dolor.

Discusión de la evidencia

Desde la perspectiva de la promoción de la salud y la mejora en los resultados de los cuidados, un manejo adecuado del dolor empieza por el cribado en busca de la presencia de dolor. En la actualidad y en un esfuerzo por superar esta barrera y hacer del dolor una prioridad, los principios de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) (2000) apoyan la valoración del dolor como quinta constante vital (Lynch, 2001; Merboth & Barnason, 2000).

Todos los pacientes de riesgo deben ser examinados, incluidos los sectores más vulnerables de la población (neonatos, lactantes, niños, ancianos, pacientes con incapacidad cognitiva y comunicativa, aquellos con enfermedades con mal pronóstico) con una herramienta validada que mida la intensidad, por ejemplo (de 0 a 10) (AHCPR, 1994). Se debería realizar un examen rutinario para valorar la presencia de dolor a toda persona mayor que acuda a un centro de atención sanitaria (American Geriatric Society, 1998).

Parámetros para la valoración del dolor

Recomendación • 2

En el caso de los pacientes con las capacidades verbales y cognitivas íntegras, el autoinforme es la fuente principal para la valoración. En aquellos casos en los que la persona afectada no sea capaz de proporcionar dicho autoinforme (incluidos los niños), se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia o el cuidador (*Grado de recomendación = C*)

Recomendación • 3

Para la valoración de los parámetros del dolor se ha seleccionado una herramienta sistemática y validada que incluye: (*Grado de recomendación = C*)

- la localización del dolor;
- los efectos del dolor en las funciones y actividades de la vida diaria (es decir, el trabajo, las interferencias en las actividades cotidianas, etc);
- el nivel de dolor en estado de reposo o de actividad;
- el manejo de la medicación;
- factores desencadenantes o precipitantes;
- calidad del dolor (¿Qué palabras utiliza la persona para describir el dolor? Dolor sordo, punzante, etc?);
- irradiación del dolor (¿El dolor va más allá del foco inicial?).
- severidad del dolor (escala de intensidad de 0 a 10); y
- frecuencia temporal (ocasional, intermitente, continua).

Recomendación • 4

Para la valoración de la intensidad del dolor se utiliza una herramienta sistemática y validada. (*Grado de recomendación = C*)

- Escala Visual Analógica (EVA) (ver Anexo E);
- Escala de Valoración Numérica (NRS, por sus siglas en inglés) (ver Anexo E);
- Escala Verbal (ver Anexo E);
- Escala Facial (ver Anexo E);
- Escala de Conducta (ver Anexo E).

Recomendación • 5

Asimismo, la valoración del dolor incluye indicadores fisiológicos y de comportamiento, y debe englobar grupos tales como: recién nacidos, niños, personas con incapacidad cognitiva y aquellas que sufren dolor agudo. (*Grado de recomendación = C*)

En personas con incapacidad cognitiva y verbal:

a. i. Indicadores ausentes

- apatía;
- disminución de la interacción;
- reducción de ingesta; y
- alteración del patrón del sueño.

ii. Indicadores activos

- balanceo;
- verbalización negativa;
- fruncir el ceño o muecas;
- respiración ruidosa;
- irritabilidad; y
- agitación.

b. En niños:

Cambios en:

- el comportamiento;
- el aspecto;
- el nivel de actividad; y
- las constantes vitales.

c. En lactantes:

- expresión facial que indique llanto;
- respuesta motora;
- postura del cuerpo;
- actividad;
- tranquilidad excesiva;
- agitación; y
- aspecto.

Discusión de la evidencia

La valoración y diagnóstico del tipo de dolor, la severidad, y el efecto que tiene sobre la persona son necesarios para poder planificar una intervención o tratamiento adecuados, y además son una parte integrada en la valoración clínica general (SIGN, 2000). Los profesionales de la salud deben preguntar acerca del dolor y el autoinforme deberá constituir la fuente principal para la valoración, prestando atención a la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades de la vida diaria y su funcionamiento en general (AHCPR, 1994; McCaffery & Pasero, 1998; McCaffery & Pasero, 1998). Se debe proporcionar a los pacientes información e instrucciones sobre la valoración y el manejo del dolor y animarles a que participen activamente (SIGN, 2000). Se debe valorar al paciente y a su familia para saber el grado de comprensión y el uso que hacen de la herramienta seleccionada, y mostrarles cómo utilizarla (RCN, 1999).

El diagnóstico de la causa del dolor, así como el impacto que este tiene a nivel funcional y psicosocial se consigue a través de una valoración completa que incluye: historia, exploración física, investigaciones y el uso de instrumentos o herramientas normalizadas para su evaluación. (SIGN, 2000). Se debe completar una valoración inicial del dolor con cada paciente, incluidos los adultos y los niños que informan de la presencia de dolor y/o muestran indicadores psicológicos o de comportamiento relacionados con el dolor (AHCPR, 1992; McCaffery & Pasero, 1998; RCN, 1999). Una herramienta validada sencilla de valoración como la Escala Numérica (NRS, por sus siglas en inglés) que estima la intensidad y alivio del dolor en una escala de 0 a 10, debe ser utilizada para la valoración continua del dolor (AHCPR 1994; SIGN 2000). Otras herramientas incluyen la Escala Visual Analógica (EVA) y la Escala Verbal (Verbal Rating Scale, VRS por sus siglas en inglés), por ser muy fiables y tener validez de constructo (Briggs & Closs, 1999). Asimismo hay que valorar otras dimensiones del dolor como el estado de ánimo (SIGN, 2000). La elección de la escala debería basarse en las preferencias de la persona, la edad, la función cognitiva y del lenguaje, y se debe utilizar la misma escala cada vez que se valora el dolor y durante el mismo nivel de actividad (AHCPR, 1992; APS, 1999). La adaptación de las herramientas es necesaria en personas con retraso en el desarrollo, deficiencias en el aprendizaje, deterioro cognitivo y / o trastorno emocional (ICSI, 2001; CIN, 1999; SIGN, 2000).

Se debe tener en cuenta la terminología relacionada con el dolor que normalmente utiliza el paciente como son las palabras molestia y/o malestar así como el término empleado en la valoración continua (McCaffery & Pasero, 1998). Como parte de la valoración inicial se deben incluir las preferencias, las expectativas y las creencias del paciente así como los mitos sobre los métodos utilizados para el manejo del dolor (*Punto de buenas prácticas*).

Lactantes y niños:

Hay que adaptar las estrategias de valoración al nivel de desarrollo del niño, el tipo de personalidad y la situación. Es importante saber, ya sea a través del hijo o del padre, la palabra que el niño utiliza para referirse al dolor (p. ej. duele, pupa) (AHCPR, 1992). Los padres no deben ignorar las manifestaciones de dolor de sus hijos. Sin embargo, cuando los niños no quieren o no sean capaces de proporcionar un autoinforme, se debe utilizar la información que ofrece la familia e incorporarla a la valoración del dolor del niño (RCN, 1999). Es importante tener en cuenta los cambios en el comportamiento del niño, el aspecto, el nivel de actividad y las constantes vitales ya que podrían ser un indicio de un cambio en la intensidad del dolor (RCN, 1999).

La forma de comportarse puede ser un indicativo fiable y válido de que el lactante experimenta dolor, y debería tenerse en cuenta en niños en fase preverbal o con la capacidad verbal limitada. Estas medidas incluyen: llanto, expresión facial, respuesta motora, postura corporal, grado de actividad, tranquilidad excesiva, agitación y aspecto (RCN, 1999).

Ancianos:

Las personas mayores pueden presentar unas barreras importantes para la valoración del dolor agudo. Pueden mostrarse reticentes a la hora de informar del dolor a pesar de que este les suponga un impedimento considerable, físico o psicológico. La discapacidad cognitiva y sensorial, tan extendida entre las personas mayores y frágiles, dificulta la comunicación. El grupo de especialistas de la Sociedad Americana de Geriátría en Dolor Crónico en Ancianos (American Geriatric Society Panel on Chronic Pain in Older Persons) afirma que incluso las personas con una discapacidad cognitiva de intensidad leve a moderada pueden ser valoradas con preguntas sencillas y herramientas de cribado. Asimismo, se debe tener en cuenta la información que proporcionan los cuidadores. (AGS, 1998).

Postoperatorio:

La valoración y manejo del dolor postoperatorio conduce a una menor incidencia del dolor crónico. Deben valorarse las respuestas fisiológicas al dolor (por ejemplo, el corazón y la frecuencia respiratoria) y las respuestas de comportamiento en el paciente postoperatorio (AHCPR, 1992).

En el Anexo B se muestran varios ejemplos de herramientas para neonatos, lactantes y niños. En los Anexos C y D se recogen varios tipos de preguntas para la valoración inicial del dolor; y en el Anexo E se muestran ejemplos de herramientas para la valoración del dolor en adultos.

Valoración integral del dolor

Recomendación • 6

Los siguientes parámetros forman parte de una valoración integral del dolor:

(Grado de recomendación = C)

- exploración física y pruebas relevantes de laboratorio y de diagnóstico;
- efecto y comprensión de la enfermedad actual;
- significado del dolor y de la aflicción causada por el dolor;
- estrategias para afrontar el estrés y el dolor;
- efectos sobre las actividades de la vida diaria (especialmente en el caso de ancianos frágiles y personas con discapacidad cognitiva);
- efectos psicosociales y espirituales;
- variables sociales y psicológicas (ansiedad, depresión);
- factores situacionales: cultura, idioma, factores étnicos, efectos económicos derivados del dolor y del tratamiento;
- preferencias personales y expectativas, creencias y mitos sobre los métodos para el manejo del dolor; y
- preferencias personales y la respuesta frente a la información proporcionada, relacionada con su estado de salud y el dolor.

Discusión de la evidencia

Para las personas con dolor crónico o persistente, es necesaria una valoración integral del dolor llevada a cabo por los miembros de un equipo interdisciplinar. Esta valoración tiene que ser completada en colaboración con los colegas interdisciplinarios incluyendo la realización de un examen físico, la historia clínica, la revisión de las pruebas relevantes de laboratorio y de diagnóstico, la historia referente a la medicación contando con los medicamentos administrados sin receta médica y las terapias alternativas y complementarias (AHCPR 1994; SIGN, 2000).

La valoración inicial del dolor debe incluir: una historia clínica detallada (incluyendo una valoración de la intensidad y carácter del dolor), una exploración física (con énfasis en el examen neurológico), una valoración psicosocial, y el estudio diagnóstico adecuado para determinar la causa del dolor (AHCPR 1994; FIRME, 2000). Los deseos y los objetivos de la persona deben ser concluyentes y el equipo que trata a la persona debe centrarse en eso (SIGN, 2000). La valoración del dolor incluye factores que se relacionan con la tolerancia al dolor (SIGN, 2000).

Una vez que se ha completado la valoración inicial, los efectos que el dolor causa en la persona deben valorarse en las siguientes áreas: efecto de la enfermedad actual y comprensión de la misma, el significado del dolor, las estrategias típicas del paciente frente al estrés y al dolor, el efecto económico del dolor y su tratamiento, el sufrimiento causado por el dolor, y las inquietudes que produce el consumo de opioides, ansiolíticos y otros medicamentos (grupo de consenso de la RNAO). Se deben estudiar las variables socioculturales (etnia, religión) y los factores situacionales que podrían influir en la percepción y el comportamiento del dolor (McCaffery & Pasero, 1998; SIGN, 2000).

Es importante reconocer las diferencias entre el dolor nociceptivo y el neuropático, ya que difieren en sus etiologías, síntomas, respuesta a la analgesia, y en las estrategias para su manejo (AHCPR 1994).

"En realidad hemos notado una gran diferencia, incluso entre nosotros. Tenemos reuniones y discutimos [sobre el dolor]. Hemos estado valorando más y le hemos hecho frente... no dejándolo de lado como hacíamos antes" (Centro de implantación piloto).

Revaloración y valoración continuada del dolor

Recomendación • 7

Se debe llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados. *(Grado de recomendación = C)*

- el dolor se vuelve a valorar en cada nuevo informe del dolor y en cada procedimiento, cuando la intensidad aumenta y cuando el dolor no se alivia con las estrategias que previamente eran eficaces.
- el dolor es revalorado después de que la intervención haya alcanzado el efecto máximo (15-30 minutos después de la administración de la terapia por vía parenteral, una hora después de la administración de analgésicos de liberación inmediata, 4 horas tras el tratamiento con analgésicos de liberación sostenida o la utilización de un parche transdérmico y 30 minutos después de una intervención no farmacológica).
- el dolor agudo postoperatorio debe valorarse con cierta regularidad, en función de la intervención y de la intensidad del dolor, con cada nuevo episodio de dolor o en caso de un dolor inesperado y tras la administración de cada analgésico, teniendo en cuenta el momento en el que alcanza su máximo efecto.

48

Recomendación • 8

Los siguientes parámetros se incluyen en la revaloración periódica del dolor:

(Grado de recomendación = C)

- la intensidad del dolor actual, la calidad y la localización;
- la intensidad máxima soportable del dolor durante las últimas 24 horas, en estado de reposo y de movimiento;
- el grado de alivio del dolor conseguido: la respuesta (disminución según la escala de intensidad del dolor);
- las barreras para la implantación del plan de cuidados;
- los efectos del dolor en las AVD, el sueño y el estado de ánimo;
- los efectos secundarios de la medicación para el tratamiento del dolor (náuseas, estreñimiento);
- el nivel de sedación; y
- las estrategias utilizadas para aliviar el dolor, por ejemplo:
 - La toma de analgésicos de forma regular o para el dolor irruptivo.
 - Intervenciones no farmacológicas.
 - Modalidades físicas.
 - Estrategias cognitivas y de comportamiento.
 - Estrategias de rehabilitación.
 - Cambios de entorno.
 - Reducción de la ansiedad.

Recomendación • 9

Se debe valorar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado con alteraciones de las constantes vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre.

(Grado de recomendación = C)

Discusión de la evidencia

El dolor debe ser valorado y documentado de forma regular según el tipo y la intensidad, después de comenzar el plan de cuidados, con cada nuevo informe sobre el dolor, y en un intervalo adecuado después de cada intervención farmacológica o no farmacológica (i.e., 15 a 30 minutos después la terapia farmacológica por vía parenteral y 1 hora después de la administración por vía oral) (AHCPR 1994; RCN, 1999). Los médicos deben ser conscientes de los síntomas del dolor común: el reconocimiento temprano puede acelerar el tratamiento y minimizar la morbilidad del dolor persistente (AHCPR, 1994).

Se debe valorar el dolor con cada nuevo episodio, cuando la intensidad del mismo aumente y cuando el dolor no es aliviado con técnicas que antes eran efectivas (AHCPR). Los cambios en el patrón del dolor o la aparición de un dolor nuevo no debe atribuirse a causas preexistentes sino que debe desembocar en una nueva valoración diagnóstica (AHCPR). Se debe valorar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o acompañado de alteraciones de las constantes vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre (AHCPR 1992; RCN, 1999).

Independientemente de la edad de las personas que se van a someter a un procedimiento que se prevee doloroso, se tendrán en cuenta el tipo de procedimiento, los antecedentes respecto al nivel de dolor y los factores individuales tales como la edad y las condiciones físicas y emocionales (AHCPR 1994).

Las personas que sufren dolor crónico persistente que no responden al tratamiento habitual, deben ser derivados a un especialista en este tipo concreto de síndromes dolorosos con el fin de ser sometidos a una valoración integral y más exhaustiva. (equipo de consenso de RNAO). Es imprescindible tener en consideración las consultas especializadas que impliquen cirugía, traumatología y anestesia u otras especialidades (ICSI, 2001).

Documentación para la valoración del dolor

Recomendación • 10

Realizar un registro de las experiencias personales de dolor específicas de un grupo de pacientes y de un centro sanitario mediante un formulario normalizado. Las herramientas para llevar a cabo el registro incluyen:

(Grado de recomendación = C)

- Valoración inicial, valoración integral y revaloración.
- Herramientas de monitorización que hacen un seguimiento de la eficacia de las intervenciones (escala de 0 a 10).

Recomendación • 11

Documentación de la valoración del dolor de forma regular y sistemática en un formulario normalizado accesible a todo el personal sanitario implicado en el cuidado.

(Grado de recomendación = C)

50

Recomendación • 12

Enseñar a pacientes y familiares (como subrogados) a registrar la valoración del dolor con las herramientas adecuadas cuando se prestan cuidados. Esto facilitará sus aportaciones al plan de cuidados y contribuirá a que se sigan, en todos los ámbitos, criterios homogéneos para el manejo del dolor. *(Grado de recomendación = C)*

Discusión de la evidencia

Es necesario documentar con regularidad la valoración y revaloración del dolor con una herramienta sistemática. La enfermera será la responsable de llevarlo a cabo o bien enseñar al paciente, la familia o el cuidador a hacer un informe (o autoinforme) y registrar las conclusiones. Comprobar el grado de entendimiento y el uso correcto que el paciente y su familia hacen de la herramienta seleccionada y enseñarles cómo utilizarla (RCN, 1999).

Se debe seleccionar una herramienta validada para la valoración y la monitorización que documente de manera fidedigna la intensidad del dolor y el alivio, y lo relacione con otras dimensiones del dolor como el estado de ánimo. La misma herramienta de monitorización del dolor debe utilizarse rutinariamente y podría ser necesario adaptarla al ámbito en el que la vaya a utilizar el paciente (deRond, deWit, vanDam & Muller, 2000).

Las herramientas de valoración debe ajustarse a la capacidad cognitiva del paciente y a la edad de los niños (McCaffery y Pasero, 1998; RCN, 1999). La adaptación de las herramientas es necesaria para cualquier individuo con dificultades en el desarrollo, problemas de aprendizaje, trastornos emocionales, y barreras lingüísticas (ICSI, 2001; CIN, 1999; SIGN, 2000).

En los anexos B y E podrá encontrar diferentes herramientas de valoración y documentación.

Notificación de las conclusiones extraídas de la valoración del dolor

Recomendación • 13

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

Recomendación • 14

Comunicar al equipo interdisciplinar las conclusiones de la valoración del dolor mediante la descripción de los parámetros obtenidos con una herramienta de valoración estructurada, el alivio obtenido por los métodos del tratamiento o la falta de él, los objetivos que el paciente espera alcanzar con dicho tratamiento y los efectos que el dolor causa en el enfermo.

(Grado de recomendación = C)



Recomendación • 15

Abogar a favor del paciente para cambiar el plan de cuidados cuando el dolor no remita. Una vez identificada la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debatirá con los demás miembros del equipo interdisciplinar dicho plan. La enfermera respaldará sus recomendaciones basándose en la evidencia adecuada que fundamente la necesidad de ese cambio con lo siguiente: *(Grado de recomendación = C)*

- la intensidad del dolor utilizando para ello una escala validada;
- las modificaciones en los resultados sobre la intensidad del dolor en las últimas 24 horas;
- los cambios en la calidad e intensidad del dolor tras la administración de analgésicos y en el tiempo que dura el efecto;
- la cantidad de medicamentos administrados para el dolor persistente y para el dolor irruptivo durante las últimas 24 horas;
- el grado de alivio que el paciente espera obtener;
- el efecto que el dolor continuo tiene en el paciente;
- la presencia o ausencia de efectos secundarios o tóxicos; y
- las sugerencias para realizar cambios determinados en el plan de cuidados respaldados por la evidencia.

Recomendación • 16

Informar al paciente o al cuidador sobre:

(Grado de recomendación = C)

- la utilidad de un diario o un registro del dolor (proporcionar una herramienta para ello).
- la conveniencia de comunicarle al médico que los dolores persisten y respaldar al paciente para que vele por su propia salud.

Recomendación • 17

La responsabilidad ética de informar de las situaciones de dolor persistente a través de cualquier canal de comunicación apropiado de la institución, incluida la del propio paciente o del cuidador. *(Grado de recomendación = C)*

Recomendación • 18

Derivar a los pacientes con dolor crónico que no han experimentado ninguna mejoría tras el tratamiento estándar a: *(Grado de recomendación = C)*

- un especialista competente en el tratamiento de ese tipo específico de dolor;
- un equipo multidisciplinar que aborde los factores complejos emocionales, psicosociales, anímicos y médicos concomitantes involucrados.

Discusión de la evidencia

Comunicar y debatir de forma continua los parámetros del dolor con la persona, la familia o el cuidador, colegas, médicos y otros profesionales de la salud en todos los ámbitos. Iniciar y coordinar la derivación a un especialista cuando sea necesario.

La enfermera tiene la responsabilidad ética de representar la experiencia de la persona con dolor mediante la valoración de la presencia de dolor, y abogar en su nombre de acuerdo a las guías de la organización (RNAO panel consensus). Una vez que se ha identificado el dolor, las enfermeras y otros profesionales sanitarios con conocimientos sobre la valoración y el manejo del dolor pueden trabajar con los pacientes para establecer planes personalizados (Lynch, 2001). Se debe proporcionar al paciente un plan por escrito para el manejo del dolor que incluya la educación del paciente y la familia o el cuidador (AHCPR, 1992; AHCPR, 1994). Un aspecto fundamental del tratamiento del dolor es conseguir una comunicación clara, concisa y fluida entre los miembros del equipo interdisciplinar (SIGN, 2000).

Se debe evaluar el manejo del dolor en el momento del traslado de servicio con el fin de asegurar que se alcanza un grado óptimo de control del dolor y se mantiene (AHCPR, 1994).

Anexos - Valoración del dolor:

Anexo B – Herramientas para la valoración del dolor en neonatos, bebés y niños

Anexo C – Preguntas tipo para la valoración inicial del dolor

Anexo D – Preguntas adicionales para la valoración del dolor

Anexo E – Herramientas para la valoración del dolor en adultos

“Vieron [el personal] que se les animaba a defender los intereses del paciente en lo que respecta al manejo del dolor. Ese mejor entendimiento al que se llegó gracias a la presentación de las enfermeras referentes les proporcionó el apoyo necesario para poder llevar a cabo dicha labor” (Centro piloto).

PARTE B – MANEJO DEL DOLOR

Un manejo efectivo del dolor depende de una valoración precisa y del desarrollo de una propuesta holística para el mismo que incluya métodos farmacológicos y no farmacológicos. Se sabe que el manejo efectivo del dolor depende de un enfoque interdisciplinar y organizado que tenga en cuenta los objetivos del paciente y la coordinación del equipo de atención sanitaria. El papel de las enfermeras, en colaboración con los colegas interdisciplinarios, es muy importante para la selección de un método apropiado para el tratamiento del dolor y de acuerdo con la experiencia de la persona. Asimismo las enfermeras evalúan la efectividad de las intervenciones para el manejo del dolor y abogan por los cambios en el tratamiento para asegurar un alivio continuo.

Las enfermeras desempeñan una función dependiente e independiente en relación con el manejo del dolor dependiendo del ámbito de la práctica. Independientemente, las enfermeras con un conocimiento sólido de los principios farmacológicos pueden hacer recomendaciones en cuanto a medicamentos conocidos como efectivos en el tratamiento del dolor y pueden implementar medidas no farmacológicas complementarias al tratamiento farmacológico. Cuando las enfermeras desempeñan su papel de colaborador, trabajan junto con los médicos para la selección de los tratamientos farmacológicos reconocidos como efectivos según las características del paciente, el tipo de dolor, el conocimiento de la farmacocinética y la farmacodinámica, y realizan funciones específicas y necesarias para un uso efectivo de las medidas farmacológicas.”.

Las enfermeras llevan a cabo una serie de funciones importantes en el tratamiento farmacológico del dolor, en colaboración con sus colegas médicos, que dependen del ámbito de la práctica y que son esenciales para el tratamiento efectivo del dolor. Estas funciones esenciales incluyen: establecimiento de un plan de cuidados, selección de los analgésicos adecuados, optimización del alivio del dolor, monitorización segura y eficaz, anticipación de los efectos secundarios, prevención del dolor causado por el procedimiento, educación de las personas que padecen algún tipo de dolor y de sus familias, y documentación efectiva.

La selección de esta Guía tiene la intención de orientar a las enfermeras en el desempeño de las funciones anteriormente mencionadas, las cuales pueden aplicarse a diferentes tipos de dolor. Esta guía recoge buenas prácticas en general y no sustituye al conocimiento farmacológico específico necesario para el tratamiento de tipos particulares de dolor. Las enfermeras deben aludir a las guías de buenas prácticas para hacer recomendaciones básicas relacionadas con tipos de dolor específicos como guías sobre el dolor agudo o guías sobre el dolor oncológico.

Establecimiento de un plan para el manejo del dolor

Recomendación • 19

Establecer, con ayuda del equipo interdisciplinar, un plan de cuidados compatible con los objetivos de alivio del dolor, tanto del paciente como de su familia y teniendo en cuenta los factores siguientes: *(Grado de recomendación = C)*

- los resultados de la valoración;
- las características de base del dolor;
- los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor;
- la etiología;
- las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas;
- intervención para el manejo del dolor; y
- los principales planes de cuidados actuales y futuros.

Recomendación • 20

Dar por escrito al paciente, a su familia o al cuidador, una copia del plan de cuidados para promover la toma de decisiones y su participación en el manejo del dolor. Se ajustará el plan de acuerdo con los resultados de la valoración y de la revaloración. Hay que documentar y comunicar cada uno de los cambios introducidos en el plan de cuidados a todas las personas involucradas en su implantación. *(Grado de recomendación = A)*

Discusión de la evidencia

La Agencia para la política de cuidados de la salud e investigación (Agency for Health Care Policy and Research, en adelante AHCPR por sus siglas en inglés) (1994) recomienda que se incluya a las personas con dolor y a sus familias, y en particular a padres cuyos hijos están en esa situación, en el proceso para la toma de decisiones a la hora de seleccionar los métodos farmacológico y no farmacológico para el tratamiento del dolor. Además, se recomienda proporcionarles el plan de cuidados por escrito.

Cuando sea posible, designar a un solo médico responsable del plan farmacológico para el manejo del dolor. A menudo, las personas que padecen una enfermedad crónica, visitan a varios médicos y por ello no tienen claro a quién deben dirigirse cuando tienen dudas respecto al plan para el manejo del dolor. Las enfermeras y otros profesionales sanitarios pueden dirigir sus valoraciones e información a un solo médico.

Hay que ofrecer información y educación a las personas y a los miembros de la familia sobre los principios del manejo del dolor para favorecer el desarrollo de los objetivos del paciente, la valoración de los riesgos y los beneficios de las intervenciones y la adhesión al plan. Las preferencias y objetivos de la persona dentro del contexto de lo que el equipo puede ofrecer de forma realista, impulsa el desarrollo del plan de cuidados. Para que exista una correcta comunicación y evaluación del plan de cuidados es necesario que los registros se encuentren en un lugar accesible a todos los miembros del equipo.

I. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

Selección del analgésico apropiado

Recomendación • 21

Hay que asegurarse de que la elección de analgésicos se adapta a cada persona, teniendo en cuenta lo siguiente: (*Grado de recomendación = A*)

- el tipo de dolor (agudo o crónico, nociceptivo y/o neuropático);
- la intensidad del dolor;
- los factores que influyen en la toxicidad del analgésico (edad, insuficiencia renal, úlcera péptica, trombocitopenia);
- el estado general de salud de la persona;
- los problemas concomitantes de salud;
- la respuesta a la medicación previa o actual;
- los costes para el paciente, la familia; y
- el lugar donde se realizan los cuidados.

Recomendación • 22

Aconsejar el uso del programa más sencillo para la dosificación de analgésicos y las modalidades de tratamiento del dolor menos invasivas: (*Grado de recomendación = C*)

- Tanto para el dolor crónico como para el dolor agudo es preferible la administración por vía oral durante el proceso de curación.
- Adaptar la vía a la situación de dolor de cada paciente y lugar.
- Tras una cirugía mayor suele elegirse la administración parenteral por vía intravenosa, ya sea en bolo o mediante infusión continua.
- La vía intramuscular no es recomendable en adultos, lactantes o niños porque es dolorosa y poco fiable. (*Grado de recomendación = B*)

Recomendación • 23

La selección de los analgésicos se realizará de forma escalonada en función de la intensidad del dolor: *(Grado de recomendación = B)*

- Se recomienda el uso de la Escala analgésica de la OMS para el tratamiento del dolor crónico oncológico.
- El tratamiento farmacológico del dolor postoperatorio leve o moderado se inicia con paracetamol o AINE. No obstante, si se trata de un dolor de intensidad moderada a severa se debería comenzar por un analgésico opioide

Recomendación • 24

Se aconseja consultar a un experto en el manejo del dolor cuando se trate de una situación compleja que incluya, pero no se limite a: *(Grado de recomendación = C)*

- un dolor que no responde al tratamiento estándar;
- múltiples focos de dolor;
- una combinación de dolor neuropático y nociceptivo; y
- antecedentes de abuso de sustancias.

Recomendación • 25

Se acepta el uso del paracetamol o de los analgésicos no esteroideos (AINE) para el tratamiento del dolor leve y como analgésicos coadyuvantes para algunos tipos de dolor específicos, salvo contraindicación. *(Grado de recomendación = A)*

Recomendación • 26

Tener en cuenta que el uso de los medicamentos coadyuvantes es un complemento importante para el tratamiento de tipos específicos de dolor. *(Grado de recomendación = B)*

- La medicación coadyuvante, como los anticonvulsivos y los antidepresivos, proporciona una analgesia independiente para tipos específicos de dolor.
- Se necesita precaución adicional en la administración de fármacos antidepresivos y anticonvulsivos a las personas mayores que pueden experimentar importantes efectos secundarios anticolinérgicos y sedantes.

Recomendación • 27

Se acepta el uso de los opioides para el tratamiento del dolor de intensidad moderada a severa, salvo contraindicaciones, teniendo en cuenta lo siguiente:

(Grado de recomendación = A)

- las dosis previas de analgésicos;
- la historia previa de tratamiento con opioides;
- la frecuencia de administración;
- la vía de administración;
- la incidencia y severidad de los efectos secundarios;
- la relación entre las posibles reacciones adversas y la edad; y
- la función renal.

58

Recomendación • 28

Considerar los siguientes principios farmacológicos cuando se utilicen opioides para el tratamiento del dolor severo: *(Grado de recomendación = B)*

- Los agonistas / antagonistas combinados (p. ej. pentazocina) no se administran con opioides porque pueden producir síndrome de abstinencia y aumentar el dolor.
- Los ancianos obtienen, en general, un mayor valor máximo y una duración más prolongada que los jóvenes en cuanto al efecto de los analgésicos, por eso, las dosis deben ser más bajas al principio y el incremento ha de ser más paulatino ("dosificación con precaución").
- El tratamiento de neonatos y lactantes menores de seis meses con opioides requiere precauciones especiales. Las dosis de fármacos, incluidos los anestésicos locales, deben ser calculados con cuidado dependiendo del peso del neonato. Las dosis iniciales no deben exceder la cantidad máxima recomendada.

Recomendación • 29

Tener en cuenta que el uso de la petidina está contraindicado para el tratamiento del dolor crónico: *(Grado de recomendación = A)*

- No se recomienda el uso de la petidina para el tratamiento del dolor crónico debido a la acumulación de norpetidina, un metabolito tóxico que podría causar disforia y convulsiones.
- Se puede utilizar la petidina para el tratamiento de personas sanas, que padezcan puntualmente un episodio de dolor agudo y que no hayan mostrado una reacción inusual (es decir, liberación local de histamina en el lugar de la infusión) o una reacción alérgica a otros opioides como la morfina o la hidromorfona.
- La petidina está contraindicada en pacientes con insuficiencia renal.

Discusión de la evidencia

Las recomendaciones fundamentales para la selección y uso de analgésicos, como se ha descrito anteriormente, están basadas en las recomendaciones de la Guía sobre el dolor agudo y relacionado con el cáncer de la AHCPR (1992, 1994) y son consecuentes con el nivel de evidencia descrito en estas monografías. Asimismo se han revisado otras fuentes adicionales sobre la evidencia que respaldan estas recomendaciones, y están descritas a continuación.

Como señaló Jovey (2002), la mayoría de los dolores se pueden controlar de manera efectiva si se selecciona el analgésico, la dosis y la vía adecuada, y se adapta a cada paciente. La AHCPR (1994) recomienda a partir de ensayos clínicos aleatorizados que se individualice el tratamiento para cada paciente. Además, se ha documentado a través de estudios observacionales que es efectivo utilizar un enfoque escalonado a la hora de seleccionar un analgésico para la mejora del alivio del dolor. La evidencia obtenida a través de auditorías señala que el 80% de los pacientes sintieron cómo se les aliviaba el dolor cuando fueron tratados según las pautas de la escalera analgésica de la OMS (McQuay and Moore, 1998). En el Anexo F se puede consultar una descripción de la Escala Analgésica de la OMS.

Un paso importante en el manejo del dolor es comenzar con analgésicos simples y medicación efectiva para el tratamiento del dolor leve o como coadyuvantes a tipos específicos de procedimientos quirúrgicos. Un metaanálisis demostró que los AINE proporcionan por sí solos el mismo efecto analgésico que las dosis múltiples de opioides débiles, solos o en combinación con analgésicos no opioides (Eisenberg, Berkey, Carr, Mosteller, & Chalmers, 1994). La AHCPR (1994) observó evidencia de al menos un ensayo clínico donde el uso de AINE permitió la reducción de las dosis de opioides, así como tratar dolores leves a moderados. No obstante, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones a la hora de administrar paracetamol y AINE:

- La dosis total en 24 horas de paracetamol no debe exceder de 4 gramos en la población sana de adultos para un uso a corto plazo debido a su potencial hepatotoxicidad. Se recomiendan dosis diarias más bajas para las personas con riesgo de hepatotoxicidad (2,6 gr/día) y para los crónicos (3,2 gr/día) (Jovey, 2002, p. 52).
- Los medicamentos antiinflamatorios no esteroides deben utilizarse con precaución en personas con antecedentes de úlcera péptica, con trastornos de la coagulación, con una función anormal y / o una disminución de la función renal y con un uso concomitante de corticoides, y anticoagulantes.
- Los AINE tienen un techo (dosis máxima) que no debe superarse (Canadian Pharmacists Association, 2002).
- Hay que prestar una especial atención en la administración a largo plazo de AINE en

personas mayores.

■ Se demostró mediante una revisión sistemática que los opioides son el "pilar" para el tratamiento del dolor de moderado a severo y tiene buena tolerancia para el tratamiento del dolor posoperatorio y para el manejo del dolor crónico oncológico (McQuay & Moore, 1998). McQuay y Moore (1998) observaron que no hay ninguna evidencia de peso que demuestre que un opioide es mejor que otro, pero si hay evidencia de que la petidina tiene una desventaja específica ya que cuando se administra en múltiples dosis, el metabolito tóxico, la norpetidina, afecta principalmente al sistema nervioso central y se acumula pudiendo provocar convulsiones. Los metabolitos activos como la morfina 6-glucurónido son reconocidos también como morfina y sus componentes pueden causar múltiples efectos secundarios en pacientes con insuficiencia renal, tales como náuseas, vómitos y una mioclonía tal que sea necesaria una reducción de la dosis o un cambio de opioide (Glare, Walsh & Pippenger, 1990; Hagen et al., 1991; Portenoy & Kanner, 1996). El principio clave para el manejo del dolor es valorar la dosis de analgésico para lograr el alivio del dolor reduciendo al mínimo los efectos secundarios no deseados.

A la hora de elegir los opioides apropiados se deben tener en cuenta los siguientes factores: experiencia previa con opioides; patrón del dolor; disfunción renal, gastrointestinal o cognitiva; estilo de vida; administración de la medicación actual (Jovey, 2002). Las enfermeras deben consultar las guías de práctica clínica específicas dependiendo del tipo de dolor para la selección del analgésico conveniente.

El método más efectivo para el tratamiento de diferentes tipos de dolor crónico no maligno sigue siendo un tema controvertido. Sin embargo, gracias a un número creciente de ensayos aleatorizados y controlados, se ha documentado la eficacia de una administración programada de opioides orales con un ajuste prudente de la dosis para el dolor crónico no relacionado con el cáncer cuando se combinan con terapias conductuales y cognitivo-conductuales en pacientes debidamente seleccionados y monitorizados (College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2000). La Canadian Pain Society (1998) apoya el uso de opioides para el control del dolor crónico no oncológico en pacientes seleccionados cuidadosamente. En 1993 el College of Physicians and Surgeons of Alberta se convirtió en el primer organismo profesional autorizado de Norteamérica para publicar guías respecto al uso de opioides para el dolor crónico no maligno. La Canadian Medical Association ha adoptado desde entonces estas guías.

Del mismo modo, el American Geriatric Society Panel on Chronic Pain in Older Persons (1998) aprueba el uso de opioides en el manejo del dolor oncológico, el dolor agudo y el postoperatorio y ha ampliado el campo para incluir el dolor crónico no maligno en el cuidado de los ancianos. Aunque las personas mayores son más propensas a experimentar reacciones adversas, el uso de opioides es seguro y efectivo en esta población. La máxima "empezar con una dosis baja e ir aumentando la dosis de manera progresiva se adecúa

probablemente a la mayoría de los fármacos cuyos efectos secundarios son bien conocidos en personas mayores” (AGS, 1998, p. 639). En realidad, la dosificación para la mayoría de los pacientes requiere un ajuste meticuloso de la dosis, incluyendo una valoración frecuente y posterior reajuste con el fin de optimizar el alivio del dolor mientras se monitorizan y controlan los efectos secundarios.

Los lactantes jóvenes, especialmente aquellos que son prematuros, son susceptibles de presentar apnea y depresión respiratoria con el uso de opioides sistémicos. Se requiere una reducción de la dosis y una monitorización intensiva de los lactantes hasta los seis primeros meses y de todos los niños. La dosis inicial de opioides, calculada en mg por kilogramo, debe ser una tercera o cuarta parte de la dosis recomendada para los niños más mayores (AHCPR, 1992).

La neuropatía diabética es el modelo utilizado para guiar la utilización de fármacos adyuvantes, como los anticonvulsivantes y antidepresivos en el tratamiento del dolor neuropático crónico ya que la mayoría de los ensayos aleatorizado se han llevado a cabo en esta población. Los fármacos coadyuvantes se utilizan para reforzar la eficacia analgésica de los opioides, tratar los síntomas simultáneos que agravan el dolor, y proporcionar una analgesia independiente para ciertos tipos de dolor (AHCPR, 1994). Los antidepresivos como los tricíclicos son útiles para el dolor neuropático y el efecto analgésico normalmente tiene lugar con dosis más bajas. Los anticonvulsivos podrían ser útiles en pacientes que sufren un dolor neuropático como el dolor lancinante (McQuay & Moore, 1997). Los analgésicos adyuvantes deben ser prescritos por médicos competentes en el ajuste de la dosis para alcanzar un grado de alivio efectivo en el dolor crónico de etiología neuropática subyacente.

Optimización del alivio del dolor con opioides

Recomendación • 30

Asegurarse de que el momento de la administración de los analgésicos es el apropiado de acuerdo con las características personales del paciente, la farmacología (i.e., la duración de la acción, el efecto máximo y la vida media) y la vía de administración.

(Grado de recomendación = B)



Recomendación • 31

Tener en cuenta que los opioides deben administrarse siguiendo un horario regular de acuerdo con la duración de la acción y dependiendo de lo que se estime que vaya a durar el dolor severo. *(Grado de recomendación = A)*

- Si el dolor intenso se espera que dure hasta 48 horas después de la intervención, puede ser necesaria la administración de fármacos de base durante ese periodo. Más adelante, durante el postoperatorio, los analgésicos pueden ser efectivos bajo la premisa de “si precisa”.
- En el dolor crónico relacionado con el cáncer, los opioides se administran de manera continua, de acuerdo con la duración de la acción.”.
- Los opioides de acción prolongada son más apropiados cuando la dosis requerida es estable.

62

Recomendación • 32

Ajustar la dosificación al tipo de dolor hasta obtener la dosis de analgésico que lo mitigue reduciendo al mínimo los posibles efectos secundarios, de acuerdo con:

(Grado de recomendación = B)

- la causa del dolor;
- la respuesta del paciente a la terapia;
- el estado de salud;
- el uso de fármacos concomitantes;
- el inicio y efecto máximo;
- la duración del efecto analgésico;
- la edad; y
- las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas conocidas de los medicamentos administrados. A las personas con dolor crónico se les suele aumentar la dosis cada 24 horas con preparados de liberación inmediata, y cada 48 horas a aquellas que son tratadas con opioides de liberación sostenida. La excepción a esta recomendación es el fentanilo transdérmico, que puede ajustarse cada tres días.

"Estamos viendo un cambio en la forma en que la gente habla del dolor... y en sus expectativas en cuanto al manejo de éste" (Centro piloto).

Recomendación • 33

Tratar de inmediato el dolor que tiene lugar entre las dosis habituales de analgésicos (dolor irruptivo) respetando los siguientes principios: *(Grado de recomendación = C)*

- Las dosis de rescate de analgésicos en periodos postoperatorios dependen de la dosis de base de analgésicos, del ritmo respiratorio del paciente y del tipo de cirugía, y normalmente se administran en bolo a través de una bomba de analgesia controlada por el paciente (PCA, por sus siglas en inglés).
- Las dosis de analgésicos de rescate se deben administrar a la persona “si precisa”, de acuerdo con el efecto máximo del fármaco (v.o./p.r. = cada 1h; S.C./IM = cada 30 min; I.V. = cada 10-15 min).
- Ante un episodio de dolor irruptivo, lo más efectivo es administrar una dosis extra del mismo opioide que se utilice en la “pauta fija”.
- Los pacientes con dolor crónico deberán tener:
 - Disponibilidad de un fármaco opioide de liberación inmediata en caso de que presente dolor irruptivo entre tomas.
 - Las dosis de rescate de analgésicos para el dolor continuo por cáncer deben calcularse para que represente entre un 10-15% de la dosis diaria total del analgésico administrado "en pauta fija".
 - Cuando se incremente la dosis de la medicación de base administrada de forma regular se debe ajustar la dosis de rescate.”.
 - Es necesario ajustar la dosis de base analgésica cuando, en un periodo de 24 horas, el paciente requiere más de 2 ó 3 dosis de rescate y a pesar de ello, el dolor no está controlado.

Recomendación • 34

Utilizar una tabla de equianalgesia para asegurar la equivalencia cuando se cambia un analgésico por otro. En condiciones normales de dolor, si se desea cambiar de forma segura un analgésico por otro, se reducirá al mitad la dosis del nuevo.

(Grado de recomendación = C)



Recomendación • 35

Asegurarse de que se han prescrito vías alternativas de administración cuando la medicación no pueda tomarse por vía oral, teniendo en cuenta tanto las preferencias del paciente como la vía más eficaz y menos invasiva. (*Grado de recomendación = C*)

- Las indicaciones para la vía transdérmica de la medicación incluyen la alergia a la morfina, náuseas y vómitos refractarios, y dificultad para la deglución.
- Se debe considerar el tratamiento con opioides en infusión continua subcutánea para pacientes con cáncer que sufren náuseas y vómitos refractarios, incapacidad para deglutir, o requieren esta vía para evitar continuos picos y valles en el control del dolor.
- El coste de los medicamentos y la tecnología necesaria para su administración (por ejemplo, bombas de dolor), deberán tenerse en cuenta en la selección de determinadas vías alternativas de administración.
- Se tendrá en cuenta la utilización de agujas de palometa para la infusión discontinua de analgésicos por vía subcutánea.
- El acceso epidural debe ser llevado a cabo por personal sanitario con experiencia y con los recursos apropiados.

Recomendación • 36

Diferenciar entre adicción a los medicamentos, tolerancia y dependencia para prevenir que esto constituya una barrera a la hora de aliviar el dolor de forma óptima.

(*Grado de recomendación = A*).

Discusión de la evidencia

Para optimizar el alivio del dolor con opioides, la enfermera debe tener un conocimiento sólido de la farmacocinética y la farmacodinámica para asegurarse de que el dolor es aliviado de manera efectiva con los mínimos efectos secundarios. La dosis de opioides, el uso de opioides de rescate y el ajuste de la dosis de opioides para que surta efecto son funciones importantes de las enfermeras a la hora de aliviar el dolor, las cuales se implantan en colaboración con los médicos.

Se debe anticipar el dolor resultante de una operación o derivado de una enfermedad crónica y administrar analgésicos siguiendo las pautas marcadas para evitar que la persona experimente dolor. La administración de opioides “si precisa”, según la demanda del paciente, familia o cuidador, provoca un retraso en las tomas de analgésicos tal que da lugar a periodos en los que el dolor no se controla de forma adecuada (AHCPR). Estos periodos de control inadecuado del dolor conducen a un círculo vicioso para las personas con dolor crónico, en los que experimentan una disminución de la calidad de vida y un deterioro de estatus funcional (Ferrell, Whedon & Rollins, 1995). El tratamiento inadecuado del dolor agudo puede retrasar la recuperación de los pacientes operados o con trauma, y puede precipitar una respuesta simpática generalizada que afecte a los sistemas pulmonar y cardiovas-

cular (Watt-Watson, 1999).

La Canadian Pain Society (1998) apunta que la clave en el tratamiento con opioides para todos los tipos de dolor es la dosificación hasta que surta efecto o hasta que se produzcan efectos secundarios persistentes e inaceptables. Se debe ajustar la dosis hasta que se alcance aquella dosis óptima para el manejo del dolor. El ajuste de la dosis permite un aumento regular y constante de la dosis de opioides en la población que padece dolor crónico. Este método permite a la persona ajustarse paulatinamente a la dosis y reducir al mínimo los efectos secundarios. Al igual que se aumenta la dosis lentamente, se debe disminuir también lentamente si se utilizan otras modalidades de tratamiento con éxito para el manejo de la etiología del dolor (i.e., la radiación para la metástasis ósea, la terapia conductual en el dolor crónico de espalda).

65

El dolor agudo, crónico, maligno o no maligno puede dar lugar al dolor irruptivo, o dolor continuo interrumpido por episodios intermitentes de dolor severo agudo (Portnoy & Kanner, 1996). Casi dos terceras partes de las personas que padecen cáncer informaron de dolor. A corto plazo, si se utilizan las dosis de "rescate" en el control del dolor irruptivo, es posible ajustar el tratamiento con opioides según la respuesta que el paciente haya experimentado. Este concepto es indispensable para el manejo de episodios comunes de dolor que tienen lugar cuando se establece un nivel basal de opioides administrados en pauta fija, cuando este nivel basal es estable pero el dolor se presenta con un aumento de la actividad o cuando este nivel basal deja de ser efectivo para el control del dolor. La utilización de medicamentos contra el dolor irruptivo permite un alivio inmediato de los episodios de dolor agudo y hace que el paciente tenga más control sobre el dolor.

Procurar vías alternativas para la administración de medicamentos a pacientes con intolerancia a la vía oral proporciona opciones adicionales para el tratamiento óptimo en el alivio del dolor. En el Anexo G se puede ver un ejemplo de protocolo a seguir para las inyecciones subcutáneas.

A partir tanto de metaanálisis como de estudios observacionales se han apreciado unas incidencias extremadamente bajas de adicción en pacientes en periodo postoperatorio y la poca frecuencia de este resultado en el tratamiento del dolor (Choiniere et ál., 1989; Porter and Jick, 1980., 1989). Las enfermeras necesitan comprender la diferencia entre adicción, tolerancia y dependencia física para evitar que opiniones infundadas propias y de sus colegas interdisciplinarios interfieran en las buenas prácticas para el dolor y asegurar que pueden ofrecer una educación apropiada a los pacientes y sus familias en lo que respecta a estas inquietudes. Las definiciones de estos términos están incluidas en el glosario del Anexo A.

Monitorización como medida de seguridad y eficacia

Recomendación • 37

Monitorizar a las personas que toman opioides y que corren un mayor riesgo de padecer una depresión respiratoria, sabiendo que el uso de opioides en las personas que no sufren dolor alguno, o cuando las dosis administradas son más altas de lo necesario para el control del dolor, pueden ralentizar o paralizar la respiración. *(Grado de recomendación = A)*

- La depresión respiratoria se desarrolla con menos frecuencia en aquellos pacientes cuya dosis de opioides está debidamente ajustada. Aquellos que han tomado opioides durante un tiempo para el control del dolor crónico o relacionado con el cáncer son menos propensos a desarrollar este síntoma.
- El riesgo de depresión respiratoria aumenta con la administración intravenosa o epidural de opioides, el aumento rápido de la dosis, o con la insuficiencia.

66

Recomendación • 38

Seguimiento de los pacientes que toman analgésicos para detectar la toxicidad y los posibles efectos secundarios. Recomendar un cambio de opioides si, a pesar de un ajuste apropiado de la dosis, no se alivia el dolor y el paciente sufre efectos secundarios refractarios al tratamiento profiláctico como son la mioclonía o la confusión. Se debe tener especial precaución cuando se administran analgésicos a ancianos y a niños. *(Grado de recomendación = C)*

Recomendación • 39

Evaluar la eficacia de los analgésicos administrados en intervalos regulares y tras una modificación de la dosis, la vía o el momento de la toma. Se recomienda un cambio de analgésicos cuando los actuales no alivien el dolor. *(Grado de recomendación = C)*

Recomendación • 40

Buscar a un especialista en el tratamiento del dolor para aquellos pacientes que necesiten incrementar la dosis de opioides cuando ya no sean efectivos para controlar el dolor. La valoración debe incluir la valoración de síntomas residuales y otras causas de dolor, como el dolor neuropático. *(Punto de buenas prácticas)*

Discusión de la evidencia

Las personas con dolor agudo, y en especial los niños, pueden correr el riesgo de padecer depresión respiratoria dependiendo de la dosis de opioides prescrita y deben ser monitorizados de acuerdo con los protocolos de la institución. La tolerancia al efecto depresivo respiratorio de los opioides se desarrolla rápidamente cuando los individuos reciben una administración pausada de opioides, no obstante la depresión respiratoria puede darse si se aumenta la dosis rápidamente y en grandes dosis. Hay que ajustar la dosis de forma gradual y siguiendo los principios específicos para cada tipo de dolor y que están descritos en las guías de práctica clínica. La administración por vía intravenosa o epidural de los opioides o el aumento rápido de la dosis debe ser gestionado por especialistas que puedan anticipar y tratar los efectos secundarios de forma apropiada (AHCPR, 1992; AHCPR, 1994).

67

Las personas con dosis limitadas debido a los efectos secundarios de los medicamentos cuyo control del dolor es inadecuado pueden requerir un cambio de opioide. Algunos estudios han demostrado que gracias a un cambio de opioide se puede esperar, en algunos pacientes, una mejora de los síntomas de toxicidad mientras se sigue controlando el dolor. Cherney et al. (1995) evaluaron prospectivamente a 100 pacientes tratados por médicos durante la selección de fármacos opioides y las vías de administración para el manejo de pacientes hospitalizados que fueron derivados a un servicio de atención al dolor relacionado con el cáncer. 80 de esos 100 pacientes fueron sometidos a un total de 182 cambios de fármaco, vía, o ambas cosas antes de ser dados de alta o fallecer. Los motivos que originaron un cambio de fármaco fueron: el 25% para reducir los efectos secundarios mientras se controlaba el dolor y el 17% para, al mismo tiempo, mejorar el control del dolor y reducir la toxicidad del opioide. 44 pacientes necesitaron uno o más cambios de opioide, y 20 necesitaron dos o más cambios. Los cambios terapéuticos se asociaron con una mejoría observada en la intensidad del dolor en los registros médicos y una menor prevalencia del deterioro cognitivo, alucinaciones, náuseas, vómitos y mioclonía entre los pacientes que fueron dados de alta en el hospital.

En Edmonton, de Stoutz, Bruera and Suarez-Almazor (1995) llevaron a cabo un análisis retrospectivo de las historias clínicas de 191 pacientes ingresados en el hospital. De estos, 80 fueron rotando (cambiado) de opioide debido a: deterioro cognitivo, alucinación, mioclonía, náuseas, vómitos, toxicidad local y dolor persistente. Estos síntomas principales mejoraron en 58 de los 80 pacientes.

Los pacientes con cáncer que fueron tratados con un algoritmo del proceso de dolor para el ajuste de la dosis lograron, según las estadísticas, una ventaja significativa sobre los niveles normales de dolor a lo largo del tiempo en comparación con un grupo de control con los que se sigue una práctica estándar para el manejo del dolor en la comunidad (Du Pen et al., 1999).

Hay que actuar con prudencia a la hora de tratar con niños y ancianos ya que las interacciones de los medicamentos son más frecuentes. Las personas mayores necesitan una valoración cuidadosa (por ejemplo, pequeñas dosis de inicio y tiempos más largos entre las dosis) debido a la acumulación de los fármacos relacionada con los cambios con la edad, por ejemplo, la reducción de las tasas de filtración glomerular (AHCPR, 1992, Doucet et al., 1996).

En el caso de los niños, hay que evitar utilizar la vía intramuscular siempre que sea posible. Las inyecciones son dolorosas y asustan a los niños (AHCPR, 1992). Las inyecciones intramusculares no son la ruta ideal para la administración de opioides a niños ya que existe una asimilación desigual, el número de lugares para la inyección es limitado y, en última instancia, porque los niños odian los pinchazos. El miedo de los niños a las agujas puede repercutir en su disposición para informar sobre sus dolencias y contribuir así a un infratratamiento (Eland & Banner, 1992; Wong, 1995).

El motivo más común para cambiar de vía cuando se administran opioides es la incapacidad del paciente para ingerir soluciones orales. Esto ocurre a menudo en los últimos años de vida de las personas que experimentan dolor maligno. Para la elección de la vía se debe tener en cuenta el lugar en el que la persona recibe la medicación y el nivel de bienestar del individuo. De alguna manera, con la llegada de la medicación transdérmica y subcutánea, la vía rectal ha dejado de ser aceptable. El hecho de que la enfermera durante una de sus visitas domiciliarias coloque en la vía subcutánea una aguja de palometa, permite a familias y cuidadores administrar los medicamentos, reduciendo el número de visitas de la enfermera y proporcionando más independencia y control al paciente y a su familia. A menudo este sistema hace posible que la persona pueda permanecer en el hogar (*Punto de buenas prácticas*).

Los opioides de liberación sostenida y acción prolongada, tanto si es por vía oral o transdérmica, son de ayuda para las personas con dolor crónico no maligno. Esto hace que el paciente pueda desviar su atención de la medicación y en función de la mejora, se simplifica la administración de la medicación, con lo que las personas pueden retomar su actividad laboral y del hogar (*Punto de buenas prácticas*).

Los opioides de liberación sostenida y acción prolongada junto con opioides de acción corta para el dolor irruptivo pueden ser útiles para el dolor agudo, por ejemplo en las 24 horas siguientes a una cirugía mayor. Esta dosis combinada permite una concentración plasmática continua de opioides y el reajuste con la dosis de rescate en dichos pacientes, y en particular con estancias de corta duración en el hospital. En aquellos casos en los que el dolor es severo y no está bien controlado, no se utilizarán preparados de liberación retardada (Curtis et al., 1999; Sunshine et al., 1996).

Anticipar y prevenir los efectos secundarios más comunes de los opioides

Recomendación • 41

Anticipar y monitorizar a los pacientes que tomen opioides para prevenir los posibles efectos secundarios comunes como náuseas, vómitos, estreñimiento y somnolencia, e iniciar el tratamiento profiláctico adecuado. *(Grado de recomendación = B)*

Recomendación • 42

Asesorar a los pacientes sobre los efectos secundarios de los opioides, e informarles de que estos pueden controlarse para garantizar la máxima adherencia al régimen terapéutico. *(Grado de recomendación = C)*

69

Recomendación • 43

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

(Grado de recomendación = A)

- sedación: sedantes, tranquilizantes y antieméticos;
- hipotensión postural: antihipertensivos, tricíclicos;
- confusión: fenotiazinas, tricíclicos, antihistamínicos y otros anticolinérgicos.

“Para nuestra gente, en particular, porque los vemos por períodos de tiempo prolongados, tendemos a pensar que eso le ocurre sólo a esa persona, que esa es la manera de reaccionar ante cualquier tipo de situación y que no necesariamente tiene que ser dolor. Ahora nos centramos más en las personas y en los cambios que se producen en ellos” (Centro piloto).

Náuseas y vómitos

Recomendación • 44

Valorar a aquellos pacientes que tomen opioides para comprobar si tienen náuseas o vómitos, prestando especial atención a la relación entre el síntoma y el momento de la toma.

(Grado de recomendación = C)

Recomendación • 45

Asegurarse de que a los pacientes que toman analgésicos opioides de manera habitual se les ha prescrito un antiemético “a demanda”; en caso de que las náuseas y los vómitos persistan, se administrarán de forma continua. *(Grado de recomendación = C)*

70

Recomendación • 46

Saber que los antieméticos tienen diferentes mecanismos de acción y que la correcta selección del antiemético se basa en el entendimiento de esto y de la etiología del síntoma.

(Grado de recomendación = C)

Recomendación • 47

Comprobar con cierta frecuencia el efecto del antiemético para determinar el grado de alivio de las náuseas o vómitos y recomendar futuras valoraciones si el síntoma persiste a pesar de que el tratamiento sea el adecuado. *(Grado de recomendación = C)*

Recomendación • 48

Consultar con un médico el cambio de antiemético si se determina que las náuseas o vómitos están directamente relacionados con los opioides y no se produce una mejora con las dosis apropiadas de antieméticos. *(Grado de recomendación = C)*

Estreñimiento

Recomendación • 49

Establecer unas medidas profilácticas para tratar el estreñimiento, salvo que existan contraindicaciones, y monitorizar para prevenir su posible aparición.

- Laxantes como medida preventiva, para los pacientes que sigan un tratamiento regular con opioides, los laxantes deben ir con prescripción y aumentar su dosis cuando sea necesario hasta alcanzar el efecto deseado. *(Grado de recomendación = B)*
- Los laxantes osmóticos ablandan las deposiciones y estimulan el peristaltismo, y podrían ser una alternativa válida para aquellos pacientes que tengan dificultad a la hora de administrar un volumen creciente de pastillas.
(Grado de recomendación = B)
- Los laxantes estimulantes podrían estar contraindicados en caso de impactación fecal. Los enemas y supositorios podrían ser necesarios para solucionar la impactación antes de volver a los fármacos estimulantes por vía oral.
(Grado de recomendación = C)

Recomendación • 50

Aconsejar a los pacientes sobre posibles cambios en la dieta para mejorar el peristaltismo intestinal, teniendo en cuenta las circunstancias personales (los pacientes gravemente enfermos podrían no tolerarlo) y preferencias. *(Grado de recomendación = C)*

Recomendación • 51

Derivar urgentemente al médico a aquellas personas con estreñimiento que no respondan al tratamiento y que además padezcan dolores abdominales y/o vómitos.

(Grado de recomendación = C)

Somnolencia y sedación

Recomendación • 52

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

Recomendación • 53

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

(Grado de recomendación = C)

Discusión de la evidencia

Las enfermeras desempeñan una función muy importante a la hora de prevenir los efectos secundarios más comunes como náuseas, vómitos, estreñimiento y somnolencia relacionados con la administración de opioides, lo cual puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de la persona. Los efectos secundarios de los analgésicos opioides pueden convertirse en una barrera para la adherencia al tratamiento y ser más preocupantes, de cara al paciente, que el propio dolor. Las enfermeras deben anticiparse y tratar los efectos secundarios más comunes como son náuseas, vómitos y el estreñimiento para potenciar el bienestar (AHCPR, 1994; Lipman, Jackson & Tyler, 2000; Lipman, Jackson & Tyler, 2000). La anticipación y la educación por parte de la enfermera será de ayuda a la hora de asegurar la adherencia al tratamiento (SIGN, 2000).

Las náuseas y vómitos, efectos secundarios habituales y alarmantes, pueden dar lugar al abandono del tratamiento. Se puede reducir o suprimir la tolerancia desarrollada por la mayoría de los pacientes a los 5 - 10 días de iniciar la terapia y los antieméticos. Se recomienda un número de medicamentos como tratamiento de primera línea en caso de náuseas y vómitos inducidos por los opiáceos tales como el haloperidol (Librach & Squires, 1997) pero muy pocos de estos medicamentos han sido estudiados en ensayos clínicos. Se han llevado a cabo muchas investigaciones sobre las náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia pero la evidencia en cuanto a otro tipo de náuseas es meramente descriptiva o son estudios de caso (Herndon et al., 2002; Lipman, Jackson & Tyler, 2000).

El estreñimiento es un efecto secundario doloroso y angustiante de la terapia con opioides para el que no se desarrolla ningún tipo de tolerancia. Al mismo tiempo que se inicia un tratamiento con opioides, se debe llevar a cabo una valoración y tratamiento del estreñimiento, basado en el patrón normal de evacuación intestinal del individuo y las circunstancias actuales. Se deben hacer excepciones en el periodo postoperatorio inmediato o en los últimos días de vida si el estreñimiento no causa sufrimiento.

Anticipar y prevenir el dolor causado por un procedimiento

Recomendación • 54

Anticiparse al dolor que pueda aparecer durante ciertos procedimientos (pruebas complementarias, cambios de vendaje, etc.) y combinar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas como medida preventiva. *(Grado de recomendación = C)*

Recomendación • 55

Identificar los analgésicos y/o los anestésicos locales como la base del tratamiento farmacológico de los procedimientos dolorosos. Los ansiolíticos y los sedantes se utilizan específicamente para la reducción de la ansiedad asociada. Si se utilizan de forma individual, afectan a las respuestas conductuales sin aliviar el dolor. *(Grado de recomendación = C)*

73

Recomendación • 56

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

Discusión de la evidencia

En el proceso de revisión de la guía de la AHCPR (1994) en lo que respecta al manejo del dolor relacionado con el procedimiento, los autores observaron que gran parte de la documentación disponible proviene de estudios realizados en niños con cáncer y tratan el manejo no farmacológico.

En la práctica clínica, el criterio aceptado es que la respuesta emocional del paciente al dolor esperado de un procedimiento permanece con el paciente para procedimientos posteriores. Cuando se trata de procedimientos que van a repetirse, hay que maximizar el tratamiento del dolor y la ansiedad en el primer procedimiento, para minimizar la ansiedad antes de los procedimientos siguientes *(Punto de buenas prácticas)*.

En muchos casos, las medidas necesarias para tratar el dolor requieren procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos que, a su vez, causan dolor. Sin embargo, los estímulos nocivos repetitivos pueden causar sensibilización y cambios en el sistema nervioso que podrían ser permanentes (Basbaum & Jessell, 2000). Los mecanismos por los que estos procedimientos producen dolor son similares a los de otras causas de dolor (punción del talón neonatal, los procedimientos quirúrgicos con la incisión en la piel y en otros tejidos, la extirpación de los tejidos patológicos, la circuncisión, el desbridamiento) y pueden llevar a daños en los tejidos que causa del dolor nociceptivo. En algunos procedimientos se puede producir daño iatrogénico en el nervio. Muchas personas mayores

no se quejan del dolor por temor a tener que pasar por procedimientos de diagnóstico doloroso. La principal diferencia entre el dolor iatrogénico y otros tipos de dolor es que el dolor causado por el procedimiento se puede anticipar, lo que supone una excelente oportunidad para tratarlo de manera apropiada y planificada.

Puntillo (1994) observó que el dolor causado por el procedimiento en la retirada del drenaje torácico de pacientes cardiovasculares de la UCI era de moderado a severo (n=35). La valoración del dolor no estaba relacionada con la analgesia y cerca del 75 por ciento no recibieron analgésicos en la hora previa al procedimiento.

En la población con cáncer, especialmente en las últimas etapas de la vida, es importante sopesar el beneficio esperado de los resultados del procedimiento con la experiencia traumática que el paciente tendrá que soportar. Se debe tener en cuenta incluso la incomodidad de tener que tumbarse sobre una tabla rígida para un TAC.

La AHCPR (1994) sugiere que en los planes para el manejo del dolor asociado a procedimientos dolorosos se deben plantear las siguientes preguntas:

- ¿Por qué se realiza el procedimiento?
- ¿Cuál es la intensidad del dolor que se puede esperar?
- ¿Cuánto tiempo durará el dolor?
- ¿Qué grado de ansiedad se puede producir?
- ¿Cuánto tiempo durará la ansiedad?
- ¿Cómo creen los adultos que van a reaccionar?
- ¿Qué significado tiene el procedimiento para el paciente y su familia?
- En niños, ¿cómo creen sus padres que van a reaccionar?

El documento de la AHCPR (1994) mantiene que las necesidades del individuo y el tipo de procedimiento que va a realizar determinarán el enfoque farmacológico para el manejo del dolor relacionado con el procedimiento. Dado que tanto los niños como los ancianos tienen necesidades especiales, la competencia y la experiencia del personal sanitario con determinados sectores de la población son la clave para obtener unos resultados positivos.

Sensibilización del paciente y de la familia

Recomendación • 57

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

(Grado de recomendación = A)

Recomendación • 58

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

75

Recomendación • 59

Esclarecer las diferencias entre adicción, tolerancia y dependencia física para evitar que una idea errónea al respecto obstaculice el buen uso de los métodos farmacológicos para el manejo del dolor. *(Grado de recomendación = A)*

- La adicción (dependencia psicológica) no es una dependencia física o tolerancia y no es habitual en personas que toman opioides para el dolor crónico.
- Los pacientes que toman opioides para el control del dolor crónico de base pueden mostrar signos de tolerancia que requieran un aumento de la dosis. Sin embargo, la tolerancia no suele ser un problema y el paciente puede mantener la misma dosis durante años.
- Las personas que ya no necesitan un opioide después de su utilización a largo plazo necesitan reducir su dosis lentamente a lo largo de varias semanas para prevenir los síntomas de abstinencia debido a la dependencia física.

Discusión de la evidencia

Los ensayos clínicos han demostrado que la educación del paciente y su familia por parte de profesionales cualificados y con el apoyo de material tanto escrito como verbal, mejora el conocimiento del dolor y reduce las inquietudes relacionadas con la tolerancia y la adicción (SIGN, 2000). Hill, Bird y Johnson (2001) dirigieron un ensayo para estudiar el efecto de la educación del paciente en la adherencia al tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide. Rhimer et al. (como se cita en la AHCPR, 1994) demostraron en un ensayo clínico aleatorizado que la educación del paciente y su familia no solo mejoraba el conocimiento sobre el manejo del dolor del paciente sino que daba como resultado un mejor alivio del dolor.

Es muy raro que se produzca adicción o dependencia psicológica en personas que toman opioides para el dolor, a excepción de aquellos con antecedentes de drogadicción. La adicción no es común en personas cuyo dolor está siendo tratado en unidades de agudos (<0,1%) (Friedman, 1990). En ocho ensayos controlados de pacientes con dolor crónico no relacionado con el cáncer, no se evidenció ningún tipo de comportamiento adictivo, a excepción de las personas que consumen drogas (Portenoy, 1996). Existen numerosos estudios centrados en el dolor relacionado con el cáncer, cuyo seguimiento a corto y largo plazo no muestran evidencia de adicción.

Documentación efectiva

Recomendación • 60

Documentar todas las intervenciones farmacológicas en un registro sistemático del dolor en el que se pueda identificar con claridad el efecto del analgésico en el alivio del dolor. Utilizar este registro para ajustar la dosis de analgésicos con el equipo interdisciplinar. En él se debe anotar la fecha, hora, intensidad, localización y tipo de dolor.

(Grado de recomendación = C)

Recomendación • 61

Porporcionar al paciente o a la familia un método sencillo para documentar los efectos de los analgésicos durante los cuidados en el domicilio. *(Grado de recomendación = C)*

Discusión de la evidencia

La documentación de las intervenciones farmacológicas está sujeta a la política y procedimientos del centro sanitario. Se debe utilizar una herramienta para la monitorización del dolor propia de la práctica y del centro. Algunos estudios observacionales han demostrado que el seguimiento y registro en la gráfica del dolor integrado en la práctica habitual, mejora la calidad de los cuidados (Gould et ál., 1992; Rawal & Berggren, 1994., 1992; Rawal & Berggren, 1994). El contenido de la gráfica de seguimiento del dolor es más importante que el formato, con la inclusión de información relacionada con la localización, intensidad del dolor, alcance del alivio del dolor, y efectos secundarios como la sedación, frecuencia respiratoria y otros efectos secundarios comunes (los pacientes con dolor crónico normalmente no necesitan una monitorización continua de la frecuencia respiratoria y la sedación). El gráfico de los niveles de dolor proporciona una medida objetiva de la eficacia de las intervenciones, a la vez que es un medio para la comunicación entre los miembros del equipo. Autorizar a pacientes y familiares a monitorizar el uso y la respuesta a la medicación, les da la oportunidad de participar activamente en el manejo del dolor en entornos variados. Véase en el Anexo E varios ejemplos de instrumentos para el registro.

II. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

Recomendación • 62

Combinar los métodos farmacológicos y no farmacológicos para conseguir un manejo eficaz del dolor. *(Grado de recomendación = C)*

- Los tratamientos no farmacológicos no se deben utilizar como sustituto del tratamiento farmacológico adecuado.
- La selección de los métodos no farmacológicos debe basarse en las preferencias del paciente así como en los objetivos del tratamiento.
- Cualquier posible contraindicación de los métodos no farmacológicos debe ser considerada antes de la aplicación.

77

Recomendación • 63

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

Recomendación • 64

Implantar al inicio del tratamiento intervenciones psicosociales que faciliten la adaptación del paciente y la familia. *(Grado de recomendación = B)*

Recomendación • 65

Establecer intervenciones psicoeducativas como parte del plan general de cuidados para el manejo del dolor. *(Grado de recomendación = A)*

Recomendación • 66

Tener en cuenta que las estrategias cognitivo-conductuales combinadas con un programa de rehabilitación multidisciplinario son un método importante para el tratamiento del dolor crónico no maligno. *(Grado de recomendación = A)*

Discusión de la evidencia

La mayoría de los estudios sobre medidas no farmacológicas para el tratamiento del dolor son cuasi-experimentales u observacionales. Véase en el Anexo H ejemplos de procedimientos con varias estrategias no farmacológicas para el control del dolor.

Existen algunos estudios aleatorizados que examinan la hipnosis en conjunto con las técnicas cognitivo conductuales dirigidas al dolor agudo relacionado con el procedimiento y la mucositis oral en pacientes sometidos a un trasplante de médula ósea. Los tratamientos cognitivo conductuales y la hipnosis muestran una mejora de los resultados del dolor (Agency for Healthcare Research and Quality, 2001).

Además, se han llevado a cabo revisiones sistemáticas sobre la relajación y el uso de sacarosa en procedimientos relacionados con el dolor en neonatos (Stevens, Yamada & Ohisson, 2001). Algunos estudios sobre la aplicación de masajes en el tratamiento de lumbalgias señalan la eficacia de utilizar este tratamiento.

Devine & Westlake (1995) han examinado las estrategias psicoeducativas mediante un metaanálisis. Este análisis informó de la diferencia considerable en los resultados del dolor cuando se utilizan técnicas psicoeducativas. Asimismo, un metaanálisis dirigido por Morley, Eccelston y Williams (1999) de la terapia cognitivo conductual para el dolor crónico en adultos, sin incluir el dolor de cabeza, puso de manifiesto una mejora en el dolor y la forma de sobrellevarlo.

Anexos – Tratamiento del dolor

Anexo F – Escala Analgésica

Anexo G – Ejemplo de protocolo de inyección subcutánea

Anexo H – Métodos no farmacológicos para el control dolor

Recomendaciones para la formación

Recomendación • 67

Las enfermeras preparadas para empezar a trabajar en la práctica clínica deben conocer los principios sobre la valoración y el tratamiento del dolor. *(Grado de recomendación = C)*

Todo programa que prepare a las enfermeras para la práctica clínica debe incluir contenido sobre el dolor basado en el currículo propuesto por la International Association for the Study of Pain, (IASP, 1993) y examinar tanto la comprensión teórica como la competencia clínica en el manejo del dolor. Hay que resaltar las implicaciones éticas y legales del hecho de no utilizar las estrategias disponibles para el manejo del dolor. Deben incluirse estrategias para una comunicación eficaz para cubrir las necesidades de los pacientes con dolor y para resolver los conflictos y los dilemas éticos en defensa de los pacientes y las familias (Ferrell, Whedon & Rollins, 1995).

Recomendación • 68

Los principios de valoración y manejo del dolor deben estar incluidos en los programas de orientación y hacerlos accesibles a través de las oportunidades de desarrollo profesional de la institución. *(Grado de recomendación = C)*

La orientación para todo el personal novel de enfermería debe incluir principios básicos para el manejo del dolor y dar a conocer las competencias para su valoración y gestión. Las oportunidades para la presentación de casos clínicos o las prácticas en unidades relacionadas con el dolor constituyen una prioridad. Los programas formativos deben actualizarse con regularidad para integrar los avances en el conocimiento, las nuevas técnicas y/o tecnologías (Ferrell, Whedon & Rollins, 1995).

Recomendación • 69

Los programas formativos deben diseñarse de tal manera que permitan la introducción de cambios en el conocimiento, aptitudes y creencias de las enfermeras sobre la valoración y el manejo del dolor y asegurar así el apoyo a las nuevas prácticas. *(Grado de recomendación = C)*

“Si [la herramienta de evaluación] ha hecho que la gente conozca otras... formas de tratar el dolor, otras que no sean simplemente medicarse o medicarse hasta que el dolor cese... realmente ha conseguido que tanto los pacientes, cuidadores y familiares como el personal sean más conscientes de que existe algo más para el dolor que la simple pregunta "¿te duele algo?" (Centro piloto).

Los programas formativos que se centran únicamente en la adquisición de conocimiento y competencias sin examinar las actitudes y creencias relacionadas con la valoración y el manejo del dolor no conllevan a cambios en la práctica a largo plazo. Las estrategias de formación para la introducción de una nueva evidencia que respalde algún cambio en la práctica clínica pueden incluir prácticas clínicas, talleres interactivos y conferencias. Además, la práctica reflexiva con el apoyo de un tutor clínico es una estrategia eficaz para evaluar las actitudes, creencias y comportamientos en la práctica. Este tipo de apoyo clínico también brinda a los profesionales de la salud la oportunidad de analizar cómo esos anhelados cambios en la práctica van a beneficiar a los pacientes y su acercamiento al cuidado.

Recomendación • 70

Los programas formativos deben dar oportunidades a las enfermeras para evidenciar prácticas efectivas para la valoración y el tratamiento del dolor, dirigiendo los recursos necesarios para respaldarlas (p. ej. modificación de las prácticas, sistemas de recordatorio, eliminación de barreras, etc.). (*Grado de recomendación = C*)

80

La tutorización y supervisión dentro de las organizaciones sanitarias contribuye a la formación continua de las enfermeras del entorno de práctica clínica. Estos programas ofrecen oportunidades para un aprendizaje interactivo y la práctica de nuevas competencias en un entorno de apoyo (Belcher & Sibbald, 1998). Asimismo, pueden actuar como estrategias activas para la difusión de las recomendaciones para un cambio en el comportamiento. Los grupos o comités de práctica clínica en enfermería, que están clínicamente dirigidos y dinamizados, pueden ser métodos eficaces para identificar las necesidades formativas y las estructuras de apoyo requeridas para la implantación.

Recomendaciones para la organización y directrices

El dolor es controlado satisfactoriamente por la mayoría de las personas, no obstante, el dolor no aliviado sigue siendo un problema para mucha gente. Los pacientes tienen derecho a al mejor manejo posible del dolor (Watt-Watson et al., 1999), y las organizaciones tienen la responsabilidad de establecer ayudas para facilitar este resultado. La siguiente sección describe las estructuras esenciales de apoyo, adaptadas de Ferrell, Whedon y Rollins (1995) que son críticas para la modificación de las prácticas sobre el manejo del dolor.

Recomendación • 71

Los órganos reguladores de enfermería deben asegurar que los principios de práctica enfermera incluyen la adopción de unas normas de responsabilidad para el manejo del dolor. (*Grado de recomendación = C*)

Los órganos reguladores necesitan asegurar que los principios de práctica enfermera incluyen la adopción de una normativa de responsabilidad para el manejo del dolor. Una enfermera graduada debe haber recibido formación en cuanto al dolor se refiere como una parte de los requisitos exigidos en el plan de estudios para poder acceder a las prácticas. Al exigir conocimientos sobre el dolor para poder acceder a las prácticas, se promueve la responsabilidad para el tratamiento del mismo.

Recomendación • 72

Las instituciones sanitarias deben tener un sistema de documentación para apoyar y reforzar un enfoque normalizado para la valoración y el manejo del dolor.

(Grado de recomendación = C)

81

En todas las instituciones sanitarias se requiere un formulario de admisión para diagnosticar a personas/pacientes con problemas de salud relacionados con el dolor. Los sistemas de documentación que incluyen protocolos, algoritmos, etc. deben estar disponibles para facilitar la identificación de las intervenciones recomendadas para el manejo del dolor, efectos secundarios y alivio insuficiente del dolor.

Recomendación • 73

Las instituciones sanitarias deben tener recursos pedagógicos a disposición de los pacientes y sus familias o cuidadores para su participación en la obtención de un alivio del dolor adecuado. *(Grado de recomendación = C)*

Los pacientes y sus familias requieren asistencia para saber cómo informar sobre el dolor, qué opciones hay disponibles para el tratamiento, y que tienen derecho a los mejores medios para mitigar el dolor en la mayor medida posible. Las instituciones deben desarrollar folletos informativos sobre el dolor y distribuirlos por todos los centros sociosanitarios, consultas médicas, áreas de hospitalización, etc. para facilitar la educación del paciente y la familia.

Recomendación • 74

Las instituciones sanitarias tienen que demostrar su compromiso en relación al reconocimiento del dolor como un problema prioritario. La política debe apoyar claramente o dirigir las expectativas del personal para que conviertan el alivio del dolor en una prioridad.

(Grado de recomendación = C)

La visión o misión de la institución, y la "Declaración de Derechos" del paciente deben reflejar el compromiso de la atención sanitaria con analgésicos si el dolor aparece. Los pacientes deben ser informados en el momento del ingreso del compromiso del personal a proporcionar una

atención personalizada en cuanto a la administración de analgésicos. Se necesitan equipos de proyecto para la mejora continua que analicen los sistemas de apoyo (p. ej. Canadian Pain Society, Canadian Palliative Care Society). La investigación, tanto enfermera como interdisciplinar, debe ser continua para determinar qué estrategias son efectivas para la valoración y el manejo del dolor.

La acreditación de las guías respecto a la valoración y el manejo del dolor debe comunicarse a todo el personal. Las directrices y normas institucionales para la valoración y el manejo del dolor (bombas, infusiones) deben estar claramente establecidas y ser evidentes en la práctica. Se debe realizar una monitorización continua de la calidad a través de los comités de mejora y las encuestas realizadas a los pacientes. Las directrices y los procedimientos deben ser desarrollados dentro de las instituciones para respaldar la prescripción o recetas adecuadas de la medicación efectiva contra el dolor.

Recomendación • 75

Las organizaciones de salud deben asegurar que los recursos estén disponibles para toda persona, familia o cuidador, y personal sanitario, con el fin de proporcionar una valoración y un manejo del dolor efectivos, como puede ser el acceso a expertos en el manejo del dolor.

(Grado de recomendación = C)

Los medios que respaldan un manejo correcto del dolor incluyen: material apropiado, y recursos humanos y financieros. La disponibilidad de expertos clínicos en la valoración y el manejo del dolor es un componente esencial en los cuidados del dolor. Las instituciones deben tener un proceso establecido para la derivación que proporcione acceso a estos expertos cuando sea necesario realizar una consulta. Dichos recursos deben estar disponibles durante todo el tiempo que se proporcionan cuidados.

Recomendación • 76

Las organizaciones sanitarias deben apoyar un enfoque interdisciplinar para los cuidados relacionados con el dolor. *(Grado de recomendación = C)*

El dolor es un problema complejo y multidimensional (Melzack & Wall, 1996), por lo tanto, un manejo efectivo requiere diversas estrategias que impliquen a todas las disciplinas relacionadas con los cuidados de la salud. Para ello es imprescindible un enfoque interdisciplinar. Los profesionales de la salud necesitan hacer uso de la experiencia de unos y otros para trabajar juntos en la ayuda de personas con dolor. Se han adoptado unas guías de práctica clínica que apoyan las buenas prácticas de los profesionales sanitarios en el manejo del dolor y que serán decisivas a la hora de asegurar los métodos para lograr alivio del dolor.

Recomendación • 77

Las organizaciones sanitarias deben disponer de unos sistemas de mejora de la calidad instaurados con el fin de monitorizar el manejo del dolor durante todo el proceso de los cuidados. *(Grado de recomendación = C)*

Las instituciones, gracias a los continuos procesos de mejora de la calidad como las auditorías, deben asegurar que tanto la implantación de guías de buenas prácticas como una mejora continua de la calidad, constituyen una prioridad.

Un componente fundamental en el desarrollo del compromiso institucional es la mejora continua de la calidad. Es una estrategia para facilitar el cambio en la práctica y una mejora progresiva en la realización de la valoración y el manejo del dolor. Se recomienda establecer en todos los ámbitos de la salud dicho proceso para la mejora continua de la calidad en el manejo del dolor, incluyendo atención primaria, sociosanitaria y hospitalaria.

La American Pain Society (1995) recomienda que las actividades para la mejora de la calidad en el tratamiento del dolor agudo y el dolor relacionado con el cáncer deben incluir cinco elementos clave:

- colocar una bandera roja al dolor no aliviado que atraiga la atención de los médicos;
- hacer que la información sobre los analgésicos sea fácil de entender en las órdenes escritas;
- asegurarse de que los pacientes reciben los cuidados analgésicos pertinentes y animarles a que informen de su dolor;
- implantar políticas y garantías que favorezcan el uso de nuevas tecnologías analgésicas; y
- coordinar y evaluar la implantación de estas medidas.

Recomendación • 78

A la hora de planificar estrategias educativas, se deben tener en cuenta los métodos más efectivos para la divulgación y la implantación de las recomendaciones de la Guía. Estos métodos incluyen pero no se limitan a: *(Grado de recomendación = A)*

- La utilización de un modelo de comportamiento para guiar el desarrollo de estrategias de implantación.
- La utilización de una combinación de estrategias para influir en la modificación de la práctica.
- El diseño de estrategias de implantación que tengan en cuenta la influencia del entorno organizativo.

Es evidente según las investigaciones realizadas para la implantación de la guía y la experiencia previa del equipo que la ha elaborado que la formación por si sola no es suficiente para asegurar la adopción de buenas prácticas. El éxito de la adopción de las guías de práctica

clínica depende de muchos factores, y cobra especial importancia el hecho de enfocarlas a los métodos más efectivos para la difusión e implantación. En consecuencia, se sugiere esta recomendación basada en la evidencia empírica, y que debe ser utilizada para orientar el proceso de implantación de la guía de buenas prácticas sobre la valoración y el manejo del dolor.

■ **El uso de un modelo de cambio de conducta para guiar el desarrollo de estrategias para la implantación**

Las ciencias sociales y la investigación educativa han examinado los factores que dieron lugar a un cambio de conducta. Los resultados de esta investigación dejaron ver la importancia del uso de un modelo de cambio conductual como un marco de referencia para guiar el desarrollo de estrategias que influyan en el cambio en la práctica. Un modelo de cambio de comportamiento de uso muy extendido es el denominado PRECEDE. Dicho marco referencial se basa en tres factores en relación con el cambio: factores predisponentes (serían las primeras actividades que se realizan considerando el cambio), factores facilitadores (serían las estrategias para motivar y facilitar el cambio) y por último los factores reforzadores (serían las actividades destinadas a que el cambio perdure en el tiempo (Lomas, 1991).

Tabla 1

Modelo	Factores involucrados en la promoción del cambio
Formativo	Deseo de competencia profesional y formación continua
Epidemiológico	Evidencia científica empírica; Guías basadas en la evidencia
Marketing	Las necesidades identificadas son satisfechas y muy difundidas a través de varios
Comportamental	Realización de revisiones, retroalimentación, recordatorios, incentivos o sanciones
Interacción social	Influencia de gente importante, opinión de los líderes, influencias educativas y visitas de expertos que informen a los profesionales de cómo mejorar su práctica clínica.
Organizativo	Comunicación, apoyo, estructuración y redes
Coercitivo	Leyes, normas, acreditación y licencia, presupuesto y contratación

■ **Utilización de una combinación de estrategias para influir en la modificación de la práctica**

La investigación ha demostrado que muchas estrategias solas o combinadas funcionan durante un periodo de tiempo, pero no se ha encontrado ninguna intervención que perdure para siempre (Davis et ál., 1995., 1995). La didáctica tradicional que continua con la formación tiene escaso impacto si no se permiten o refuerzan las estrategias. Las estrategias de cambio de un solo mecanismo que resultaron ser efectivas incluían recordatorios, intervenciones mediadas por los pacientes, visitas de expertos que informan a los profesionales de cómo mejorar su práctica clínica , opiniones de líderes y múltiples actividades (Davis et ál., 1995.,

1995). La *"Herramienta de la RNAO: implantación de las Guías de práctica clínica"* (2002) descrita en el Anexo I proporciona una discusión detallada de la evidencia en lo que respecta a la efectividad de diversas estrategias de implantación.

■ **Diseño de estrategias de implantación que contemplan el entorno institucional**

Antes de la implantación de la Guía, se recomienda realizar un análisis para comprender el contexto en el que tienen lugar la estructura, el proceso o el resultado, identificar las barreras al proceso de cambio, y desarrollar un plan que relacione las intervenciones en toda barrera identificada (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1999). La *"Herramienta de implantación de las Guías de práctica clínica"* (2002) tiene un capítulo dedicado a la evaluación de la "disposición del entorno". El resultado de esta evaluación y el análisis de las conclusiones facilitará el desarrollo y la implantación de enfoques formativos adaptados a cada lugar.

Recomendación • 79

Las organizaciones sanitarias deben disponer de unos sistemas de mejora de la calidad instaurados con el fin de monitorizar el manejo del dolor mediante el continuum de los cuidados. (*Grado de recomendación = C*)

Las instituciones, gracias a los continuos procesos de mejora de la calidad como las auditorías, deben asegurar que tanto la implantación de guías de buenas prácticas como una mejora continua de la calidad, constituyen una prioridad.

Un componente fundamental en el desarrollo del compromiso institucional es la mejora continua de la calidad. Es una estrategia para facilitar el cambio en la práctica y una mejora progresiva en la realización de la valoración y el manejo del dolor. Se recomienda que los sistemas y mecanismos para la mejora continua de la calidad del manejo del dolor debe ser establecido en todos los sistemas de salud incluyendo servicios a la comunidad, hospitales, y en la asistencia a crónicos.

La American Pain Society (1995) recomienda que las actividades para la mejora de la calidad en el tratamiento del dolor agudo y el dolor relacionado con el cáncer deben incluir cinco elementos clave:

- colocar una bandera roja al dolor no aliviado que atraiga la atención de los médicos;
- hacer que la información sobre los analgésicos sea fácil de entender en las órdenes escritas;
- asegurarse de que los pacientes reciben los cuidados analgésicos pertinentes y animarles a
- que informen de su dolor;

- implantar políticas y garantías que favorezcan el uso de nuevas tecnologías analgésicas; y
- coordinar y evaluar la implantación de estas medidas.



Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y un respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos para ello. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:

- Evaluación de la disposición institucional y los obstáculos para la formación.
- Compromiso de todos los miembros (ya desempeñen una función de apoyo directa o indirecta) que vayan a contribuir al proceso de implantación.
- Dedicación de un individuo cualificado a proporcionar el apoyo necesario a los procesos de formación e implantación y proceso.
- Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- Oportunidad de reflexionar acerca de la experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional.

Para este propósito, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores) ha desarrollado la "*Herramienta de implantación de las Guías de práctica clínica*" basadas en la evidencia existente, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta Herramienta para la orientación de la implantación de esta Guía de la RNAO sobre *la valoración y el manejo del dolor*. (*Grado de recomendación = C*)

En el Anexo I se puede ver la descripción de la Herramienta.

Evaluación y seguimiento de la Guía

La evaluación y el seguimiento del cuidado del dolor puede centrarse en cada una de las tres áreas de calidad conceptualizadas por Donabedian (1988), concretamente, la estructura, el proceso y el resultado dependiendo del propósito de la medición.

Estructura de los cuidados

Los datos de la interpretación estructural incluyen las características de los profesionales sanitarios y las instituciones tales como la especialidad, capacitación, formación, tipo de servicio y propiedad (Brennan et ál., 1991). La evaluación de la estructura del cuidado del dolor podría incluir una revisión de los siguientes indicadores de la misma:

- Disponibilidad y acceso a médicos y/o enfermeras identificados como especialistas en el dolor.
- Cualificación y formación del personal en la valoración del dolor.
- Compromiso institucional con el alivio del dolor incluido en las políticas y procedimientos para la valoración y el manejo del dolor, tales como herramientas estandarizadas para la valoración del dolor y la monitorización diaria del mismo, y la adopción del dolor como quinta constante vital en los registros.

Proceso de cuidados

Los datos del proceso describen las actividades del profesional sanitario en las relaciones entre el paciente y el profesional tales como la solicitud de pruebas complementarias, prescripción de medicamentos, valoraciones completadas e intervenciones implantadas. Los datos del proceso se consideran verosímiles si se puede demostrar que las variaciones en los atributos medidos conllevan una diferencia en los resultados (Baker, et ál., 1998). Las medidas de proceso son más útiles cuando comparan factores que se pueden cambiar para mejorar los resultados. El vínculo entre el proceso de cuidados y la evolución del paciente debe establecerse de manera empírica (Brennan, et ál., 1991). Medir el proceso de cuidados sirve de orientación a los profesionales sanitarios para saber cómo pueden mejorar la calidad asistencial. Aunque la evaluación y monitorización de los procesos de cuidados son importantes para todo tipo de dolor, la mayoría de las investigaciones que se han llevado a cabo en este área se han centrado en el dolor relacionado con el cáncer. La siguiente discusión refleja este enfoque.

Se han desarrollado unos principios para el manejo del dolor relacionado con el cáncer en un intento por establecer un criterio a la hora de evaluar y monitorizar la calidad del manejo del dolor relacionado con el cáncer. Los principios desarrollados en Estados Unidos por la American Pain Society (APS, 1995) y la Agency for Health Care Policy (AHCPR, 1994) han sido implantados como indicadores de la calidad en varias instituciones para mejorar la responsabilidad ante el tratamiento del dolor relacionado con el cáncer y para facilitar un gran cambio en el método (Bookbinder et al., 1996; Weisman, Griffie, Muchka & Matson, 2000). En Canadá, los principios para el manejo del dolor por oncológico no habían sido introducidos

hasta hace poco como parte de los criterios para la acreditación. La Canadian accreditation standards da unas pautas claras a los hospitales acerca de que la valoración continua en la eficacia del tratamiento del dolor es un componente que se espera de la valoración CCHSA. (CCHSA, 1995).

Como parte del proceso de elaboración de las normas, se han desarrollado una serie de objetivos para evaluar la calidad del manejo del dolor provocado por el cáncer. Estos indicadores proporcionan un criterio para procesar los elementos de la calidad de los cuidados que deben figurar para apoyar un manejo apropiado del dolor, como son la valoración y documentación estándar del dolor (APS, 1995). Además, guías de práctica clínica que han evolucionado a partir de estas normas basada en la evidencia empírica de alta calidad pueden proporcionar los criterios necesarios para evaluar los patrones observados de la atención a la adecuación en la gestión del dolor del cáncer (AHCPR, 1994).”.

Los procesos basados en la evidencia para el manejo del dolor por oncológico descritos en las guías de práctica clínica, como esta, pueden proporcionar los criterios explícitos necesarios para la evaluación y monitorización, y asegurar que se promulgan procesos importantes de cuidados. Se han utilizado guías de práctica clínica sobre manejo del dolor relacionado con el oncológico como un mecanismo de retroalimentación con el fin de mejorar la calidad en la gestión del dolor por cáncer (Bookbinder, et ál., 1996., 1996; Hiragi & Nozaki-Taguchi, 2001) y se ha descubierto que la implantación de estrategias para la valoración y el manejo del dolor resumidas en guías de práctica clínica tiene un impacto beneficioso tanto en los resultados sobre el dolor de los pacientes como en sus informes acerca de los niveles de satisfacción (Bach, 1995; Bookbinder, et al., 1996; Campese, 1996; Comley & Demeyer, 2001; Hiraga & Nozaki-Taguchi, 2001).

Un ensayo clínico realizado recientemente demostró una reducción estadísticamente significativa de la intensidad del dolor tras la implantación de un algoritmo de varios niveles para el tratamiento del dolor basado en los principios de la AHCPR (DuPen et ál., 1999). Asimismo, se ha demostrado, mediante un número de estudios observacionales, el impacto positivo de las guías de práctica clínica que promueven un tratamiento adecuado del dolor adaptado al acondicionamiento del tratamiento y el informe del paciente sobre los niveles de alivio del dolor (Comley & Demeyer, 2001; Hiraga & Nozaki-Taguchi, 2001). Comley y Demeyer (2001) realizaron un seguimiento mediante auditorías para evaluar la práctica de los profesionales en relación al tratamiento del dolor y el impacto que tiene la implantación de una guía de práctica clínica en el nivel de satisfacción del paciente con dolor. Para examinar la adecuación del tratamiento del dolor antes y después de la implantación de la guía de práctica clínica se utilizó el grado de intensidad del dolor, la valoración sobre el alivio del dolor declarado por el propio paciente y la satisfacción de este. A pesar de que las conclusiones del estudio no eran estadísticamente significativas, los pacientes sí que informaron de un mayor alivio del dolor y menos tiempo de espera para la analgesia. Rischer y Childress (1996) también alegaron mejoras en el uso correcto de la petidina y en la pauta fija prescrita de opioides cuando se implantaron las guías de práctica clínica.

Las afirmaciones fundamentales de esta Guía pueden utilizarse para desarrollar indicadores de procesos de cuidados. En la página 87 hay una explicación resumida a modo de ejemplo de algunos de los indicadores de procesos que podrían ser útiles a la hora de evaluar y monitorizar la calidad de cuidados del dolor.

La evaluación de la adecuación del tratamiento, como por ejemplo la prescripción de analgésicos, puede ser más compleja y requiere el uso de medidas clínicas específicas. Tales medidas se han llevado a cabo en un intento por unir el tipo y severidad del dolor con el analgésico oportuno de acuerdo con los principios para el manejo del dolor por cáncer establecidos por la OMS (1986). La bibliografía en ciencias de la salud informa de cuatro tipos de medidas para evaluar la adecuación del tratamiento del dolor por cáncer: la Escala de intensidad del dolor, la Escala de alivio del dolor, el Índice del manejo del dolor y el Cuestionario de satisfacción del paciente.

Escalas de intensidad del dolor

La escala de intensidad del dolor es la herramienta más utilizada para valorar la severidad del dolor y para evaluar el efecto de las modalidades de tratamiento. Algunas de las medidas utilizadas con más frecuencia para la valoración del dolor y el alivio de este son: Escala Visual Analógica, Escala Numérica y Escala verbal (Jensen, Karoly & Braver, 1986; Price, Bush & Long, 1994). Se pide al paciente que señale la intensidad del dolor en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (peor dolor imaginable). La APS (1995) y la AHCPR (1994), con el fin de obtener una indicación acerca del tratamiento del dolor adecuado, establecieron el punto de corte en una valoración de 5 o más en una escala de intensidad numérica como descriptiva de un tratamiento del dolor inadecuado. Se escogieron estas puntuaciones porque se demostró que las puntuaciones más altas impactan de manera significativa en el funcionamiento diario (APS, 1995; Cleeland, et al. 1994).

Escala de alivio del dolor

Asimismo se utiliza la estimación del cambio en la severidad del dolor como resultado de las modalidades de tratamiento como medida para evaluar la adecuación del tratamiento del dolor. Los pacientes juzgan la adecuación del tratamiento del dolor mediante la evaluación del grado de alivio del dolor como "sin cambios" o "empeoramiento del dolor" y "completo alivio del dolor". Las puntuaciones que indiquen "no alivio" o "empeoramiento" se consideran indicadores de un tratamiento del dolor inadecuado. Las escalas de alivio del dolor se han utilizado en una serie de casos para evaluar la efectividad del tratamiento del dolor y si los pacientes estaban recibiendo una medicación apropiada contra el dolor (Miasakowski, Nichols, Brody & Synold, 1994; Ward & Gordon, 1994; Ward & Gordon, 1994). No hay constancia de la validez y fiabilidad de estas escalas en la bibliografía.

Índice del manejo del dolor

Los índices del manejo del dolor han sido desarrollados para evaluar la adecuación del tratamiento del cáncer valorando la congruencia entre el tipo de analgésico prescrito y el nivel de intensidad del dolor referido por el paciente según los criterios establecidos por la

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986). Se han descrito tres índices del manejo del dolor en la literatura médica; (1) Índice del manejo del dolor de Ward (Ward & Gordon, 1994); (2) Índice del manejo del dolor de Zelman (Zelman, Cleeland & Howland, 1987); y, (3) Índice del manejo del dolor de Cleeland (Cleeland et al., 1994). La validez y fiabilidad del Índice del manejo del dolor no ha sido evaluada. Además, el Índice del manejo del dolor sólo evalúa la idoneidad del tipo de analgésico mientras que las dosis prescritas también pueden ser inapropiadas.

Resultados del cuidado

Los datos procedentes de los resultados hacen referencia al estado de salud posterior de los pacientes y pueden incluir ítems como mortalidad, calidad de vida, mejora de los síntomas o estado funcional y la satisfacción del paciente. Se ha criticado la utilización de medidas de resultado por no proporcionar información suficiente sobre la fuente de variación que influye en la mejora de la calidad. Los siguientes criterios sobre los resultados deben estar ligados a los procesos de cuidados que pueden ser alterados por los profesionales de la salud para lograr un resultados en particular (Baker et al., 1998).

91

La satisfacción del paciente es uno de los tipos de medida de resultados utilizados con más frecuencia en la evaluación de la calidad del cuidado del dolor. La American Pain Society (1995) recomendó el uso de un Cuestionario de Satisfacción del Paciente (Patient Satisfaction Scale) como uno de los criterios para obtener el resultado de la evaluación de la calidad de los cuidados del dolor relacionado con el cáncer (APS, 1995). Aunque este cuestionario tiene establecida validez y fiabilidad, las conclusiones de algunos estudios posteriores han sembrado dudas sobre la conveniencia de utilizar la satisfacción del paciente para medir la adecuación del tratamiento del dolor. Algunos estudios han revelado que los pacientes dicen estar satisfechos con el tratamiento a pesar de haber experimentado unos niveles muy altos de dolor e incluso un dolor insoportable (Bookbinder et al., 1996; Lin, 2000; Miaskowski, Nichols, Brody & Synold, 1994; Ward et al., 1994).

No se puede asumir que los pacientes que estén satisfechos con el manejo de su dolor hayan recibido una atención adecuada. Puede que la valoración de satisfacción del paciente no refleje la adecuación del tratamiento del dolor sino más bien la evaluación del paciente del tratamiento. La satisfacción del paciente utilizada como un único indicador a falta de una medición sistemática de la adecuación del proceso de cuidados en el manejo del dolor por cáncer puede llevar a la conclusión errónea de que el tratamiento es el adecuado. Algunos ejemplos de resultados de cuidados que podrían ser evaluados están descritos en la página siguiente.

Se aconseja a las instituciones que están implantando las recomendaciones de esta guía de buenas prácticas en enfermería, que se planteen cómo se va a realizar el seguimiento y la evaluación de la implantación y su impacto. La siguiente tabla está basada en el marco explicado resumidamente en la *Herramienta de la RNAO: La implantación de las Guías de práctica clínica (2002)* resume los indicadores propuestos para la monitorización y la evaluación:

	Estructura	Proceso	Resultado
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el respaldo que las instituciones proporcionan a las enfermeras para valorar y manejar el dolor de manera correcta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los cambios en la práctica que llevan a mejorar la valoración y el manejo del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las consecuencias que conlleva la implantación de las recomendaciones.
Institución/ Unidad	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y acceso a especialistas del dolor. • Disponibilidad de documentación sobre la valoración y el manejo del dolor, incluidas guías de práctica clínica. • Revisión de las recomendaciones de la guía de buenas prácticas en enfermería por un comité o comités responsables. • Se ha adoptado el dolor como quinta constante vital en el registro de cuidados del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se utiliza una escala estandarizada para valorar el dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las directrices y procedimientos para la valoración y el manejo del dolor son coherentes con la Guía.
Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de oportunidades formativas sobre la valoración y el manejo del dolor en la propia institución. • La formación enfermera incluye la valoración y el manejo del dolor. • Varias enfermeras acuden a unas sesiones formativas sobre la revaloración y el manejo del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermera realiza una valoración basal de las personas que informan sobre algún dolor. • La enfermera ha documentado un plan para el manejo del dolor. • La enfermera ha documentado medidas conductuales para el dolor en niños y pacientes con incapacidad cognitiva. • La enfermera ha completado una valoración integral del dolor de aquellos pacientes con dolor crónico. • La enfermera ha documentado el efecto de la intervención del dolor. • Las medidas analgésicas se han modificado para pacientes con dolor en continuo aumento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de la documentación del registro del paciente coherente con las recomendaciones de las Guías en cuanto a: <ul style="list-style-type: none"> • Valoración • Manejo
Paciente		<ul style="list-style-type: none"> • A los pacientes que corren un mayor riesgo de padecer dolor se les ha realizado una exploración para localizarlo. • A los pacientes con dolor neuropático se les derivó al médico • Los pacientes autoinformaron de su comprensión y manejo del dolor según un plan de educación documentado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de los síntomas o del estado funcional. • Satisfacción del paciente. • Los pacientes expresan verbalmente un entendimiento del dolor y las medidas para gestionarlo. • Los pacientes muestran una mejoría en la calidad de vida. • Los pacientes no experimentan los efectos secundarios derivados de los opioides.
Costes económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión de suficiente de recursos financieros. 		

Proceso de actualización y revisión de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar esta Guía de la siguiente forma:

1. Una vez publicada, un equipo de especialistas (el equipo de revisión) revisará la Guía cada tres años a partir de la fecha de la última serie de revisiones.
2. Durante el período de tres años entre el desarrollo y la revisión, el personal del proyecto de la Guía de buenas prácticas en enfermería de la RNAO buscará regularmente nuevas revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos controlados aleatorios (ECA) en el campo.”.
3. Basándose en los resultados del seguimiento, el personal del proyecto puede recomendar que se adelante la revisión. Es preciso consultar a un equipo compuesto por miembros del equipo de desarrollo y otros especialistas en la materia, para facilitar la decisión sobre la necesidad de adelantar la revisión.
4. Tres meses antes de que se lleve a cabo la revisión de los tres años, el personal del proyecto empezará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:
 - a. Invitar a especialistas en la materia a que participen en el equipo de revisión. El equipo de revisión estará compuesto por miembros del equipo de desarrollo y de otros especialistas recomendados.
 - b. Recopilar las opiniones recibidas, las dudas planteadas durante la fase de divulgación, así como otros comentarios y experiencias de los centros donde se ha implantado.
 - c. Recopilar nuevas guías de práctica clínica del mismo campo, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones técnicas e investigación de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
 - d. Establecer un plan de trabajo detallado con fechas límite de entrega.

La publicación de la Guía revisada se llevará a cabo de acuerdo con las estructuras y procedimientos establecidos.

Referencias bibliográficas

- Agency for Health Care Policy and Research (1992). *Acute pain management: Operative or medical procedures and trauma*. Clinical practice guideline, Number 1. AHCPR Publication Number 92-0032. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Services, U.S. Department of Health and Human Services.
- Agency for Health Care Policy and Research (1994). *Management of cancer pain*. Clinical practice guideline, Number 9. (rev 2000). AHCPR Publication Number 94-0592. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Services. U.S. Department of Health and Human Services.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2001). Management of cancer pain. File inventory: Evidence Report/Technology Assessment. [Online]. Available: <http://www.ahrq.gov/clinic/capaininv.htm>
- American Geriatrics Society Panel on Chronic Pain in Older Persons (1998). The management of chronic pain in older persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 46(5), 635-651.
- American Pain Society (1999). Quality improvement guidelines. In *Pain: Clinical manual* (pp. 734-736). St. Louis: Mosby.
- American Pain Society, Quality of Care Committee (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *Journal of the American Medical Association*, 274(23), 1874-1880.
- Bach, D. M. (1995). Implementation of the Agency for Health Care Policy and Research postoperative pain management guidelines. *Nursing Clinics of North America*, 30(3), 515-527.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C. & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Baker, G. R., Brooks, N., Anderson, G., Brown, A., McKillop, I., Murray, M. et al. (1998). Healthcare performance measurement in Canada: Who's doing what? *Hospital Quarterly*, 2(2), 22-26.
- Basbaum, A. & Jessell, T. (2000). The perception of pain. In E.Kandel, J. Schwartz, & T. Jessell (Eds.), *Principles of Neural Science* (pp. 472-491). New York: McGraw Hill.
- Beyer, J. E. & Aradine, C. R. (1986). Content validity of an instrument to measure young children's perceptions of the intensity of their pain. *Journal of Pediatric Nursing Care*, 1(16), 386-395.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236-248.
- Bookbinder, M., Coyle, N., Kiss, M., Goldstein, M. I., Holritz, K., Thaler, H. I. et al. (1996). Implementing national standards for cancer pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12(6), 334-347.
- Brennan, T. A., Herbert, L. E., Laird, N. M., Lawthers, A., Thorpe, K. E., Leape, L. L. et al. (1991). Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. *Journal of the American Medical Association*, 265(24), 3265-3269.
- Briggs, M. & Closs, J. (1999). A descriptive study of the use of visual analogue scales and verbal rating scales for the assessment of postoperative pain in orthopedic patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18(6), 438-446.
- Brignell, A. (2000). Guidelines for developing a pain management program - A resource guide for long term facilities. [Online]. Available: <http://www.lambtoncounty.com/hospice/manual-main.htm>

Campese, C. (1996). Development and implementation of a pain management program. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 64(6), 931-935.

Canadian Council on Health Services Accreditation (1995). *Standards for acute care organizations*. Ottawa, Ontario: CCHSA.

Canadian Pain Society (1998). Use of opioid analgesics for the treatment of chronic noncancer pain - A consensus statement and guideline from the Canadian Pain Society. [Online]. Available: www.pulsus.com/Pain/03_04/opio_ed.htm
Canadian Pharmacists Association (2002). *Compendium of pharmaceuticals and specialties (CPS)*. Ottawa, Ontario: Canadian Pharmacists Association.

Cherny, N., Chang, V., Frager, G., Ingham, J., Tisco, P., Popp, B. et al. (1995). Opioid pharmacotherapy in the management of cancer pain: A survey of strategies used by pain physicians for the selection of analgesic drugs and routes of administration. *Cancer*, 76(7), 1283-1293.

Choiniere, M., Melzock, R., Rondeau, J., Girard, N. & Paquin, M.J. The pain of burns: Characteristics and correlates. *Journal of Trauma*, 29(11), 1531-1539. (1989)

Clarke, M. & Oxman, A. D. (1999). *Cochrane Reviewers' Handbook 4.0* (updated July 1999) (Version 4.0) [Computer software]. Oxford: Review Manager (RevMan).

Cleeland, D., Gonin, R., Hatfield, A., Edmonson, J., Blum, R. & Stewart, J. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *New England Journal of Medicine*, 330(9), 592-296.

Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G. & Moran, S. (1997). *Appraisal instrument for clinical guidelines*. St. George's Hospital Medical School, England [Online]. Available: <http://www.sghms.ac.uk/depts/phs/hceu/>

College of Physicians and Surgeons of Alberta (1993). *Guidelines for the management of chronic non-malignant pain*. [Online]. Available: <http://www.cpsa.ab.ca/policyguidelines/painchronic.html>

Comley, A. L. & DeMeyer, E. (2001). Assessing patient satisfaction with pain management through a continuous quality improvement effort. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(1), 27-40.

Curtis, G., Johnson, G., Clark, P., Taylor, R., Brown, J., Callaghan, R. et al. (1999). Relative potency of controlled-release oxycodone and controlled release morphine in a postoperative pain model. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 55(6), 425-429.

Davis, D., Thomson, M. A., Oxman, A. D. & Haynes, R. B. (1995). Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *Journal of the American Medical Association*, 274(9), 700-704.

de Rond, M. E., de Wit, R., van Dam, F. S. & Muller, M. J. (2000). A pain monitoring program for nurses: Effects on communication, assessment and documentation of patients' pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(6), 424-439.

de Stoutz, N., Bruera, E. & Suarez-Almazor, M. (1995). Opioid rotation for toxicity reduction in terminal cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(5), 378-384.

Devine, E. C. & Westlake, S. K. (1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: Meta-analysis of 116 studies. *Oncology Nursing Forum*, 22(9), 1369-1381.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.

Doucet, J., Chassagne, P., Trivalle, C., Landrin, I., Pauty, M., Kadri, N. et al. (1996). Drug-drug interactions related to hospital admissions in older adults: A prospective study of 1000 patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(8), 944-948.

Du Pen, S., Du Pen, A., Polissar, N., Hansberry, J., Miller Kraybill, B., Stillman, M. et al. (1999). Implementing guidelines for cancer pain management: Results of a randomized controlled clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), 361-370.

Eisenberg, E., Berkey, C., Carr, D., Mosteller, F. & Chalmers, T. (1994). Efficacy and safety of nonsteroidal antiinflammatory drugs for cancer pain: Meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 12(12), 2756-2765.

Eland, J.M. & Banner, W. (1992). Assessment and management of pain in children. In M.F. Hazinski (Ed.) *Nursing Care of the Critically Ill Child*. (2nd Ed., pp 79-100). St. Louis; Mosby.

Ferrell, B. (1991). Pain management in elderly people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(1), 64-73.

Ferrell, B. & Rhiner, M. (1993). *Managing cancer pain at home*. Duarte, CA: City of Hope National Medical Centre.

Ferrell, B., Whedon, M. & Rollins, B. (1995). Pain and quality assessment/improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 9(3), 69-85.

Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.

Friedman, D. (1990). Perspectives on the medical use of drugs of abuse. *Journal of Pain and Symptom Management*, 5(Suppl 1), 52-55.

Glare, P. A., Walsh, T. D. & Pippenger, C. E. (1990). Normorphine, a neurotoxic metabolite? *Lancet*, 335(8691), 725-726.

Grol, R. (1997). Beliefs and evidence in changing clinical practice. *British Medical Journal*, 315(7105), 418-421.

Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 280(2), 147-151.

Hagen, A. A., Foley, K. M., Cerbone, D. J. & Portenoy, R. K. (1991). Chronic nausea and morphine-6-glucuronide. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6(3), 125-128.

Hardiman, J. & Limbird, L. (1996). *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. (9th ed.) New York: McGraw-Hill.

Helm, R.D. & Gibson, S.J. (1997). Progress in pain research and management. In T.S. Jensen, J.H. Turner & Z. Wiesenfeld-Hallin (Eds.), *Pain in the Elderly*. Proceedings of the 8th World Congress on Pain.(pp.919-944) Seattle IASP Press.

Herndon, C. M., Jackson, K. C. & Hallin, P. A. (2002). Management of opioid-induced gastrointestinal effects in patients receiving palliative care. *Pharmacotherapy*, 22(2), 240-250.

Hill, J., Bird, H. & Johnson, S. (2001). Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *Annals of Rheumatic Diseases*, 60(9), 869-875.

Hiraga, K. & Nozaki-Taguchi, N. (2001). Usefulness of the evidence-based medicine supported cancer pain management guideline. *European Journal of Pain*, 5(Suppl A), 103-108.

Huber, S., Feser, L. & Hughes, D. (1999). A collaborative approach to pain assessment. *Canadian Nurse*, 99(8), 22-26.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (2001). Health care guideline: Assessment and management of acute pain. [Online]. Available: <http://www.icsi.org/guide/Pain.pdf>

International Association for the Study of Pain (1993). Outline curriculum on pain for schools of nursing. [Online]. Available: http://www.iasp-pain.org/nursing_toc.html#RTFToc1

Jensen, M. P., Karoly, P. & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: A comparison of six methods. *Pain*, 27(1), 117-126.

Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (2000). Pain management standards. [Online]. Available: www.jcaho.org/standard/pm

Jovey, R. D. E. (2002). *Managing pain: The Canadian healthcare professional's reference*. Toronto, Ontario: Healthcare & Financial Publishing, Rogers Media.

- Kahan, M., Mailis, A., Moulin, D., Wilson, L., & Zalter, M. (1999). *Project CREATE: Opioids in the treatment of chronic pain*.
- 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(6), 59-66.
- Librach, xxxx – reference to be completed.
- Lin, C. C. (2000). Applying the American Pain Society's QA standards to evaluate the quality of pain management among surgical, oncology and hospice inpatients in Taiwan. *Pain*, 87(1), 43-49.
- Lipman, A., Jackson, K. & Tyler, L. (2000). *Evidence based symptom control in palliative care: Systematic reviews and validated clinical practice guidelines for 15 common problems in patients with life limiting disease*. New York: Pharmaceutical Products Press.
- Lynch, M. (2001). Pain as the fifth vital sign. *Journal of Intravenous Nursing*, 24(2), 85-94.
- Madjar, I. & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In J.M.Morse, J.M.Swanson, & A.J.Kuzel (Eds.), *The Nature of Qualitative Evidence* (pp. 28-45). Thousand Oaks: Sage.
- McCaffery, M. & Pasero, C. (1998). *Pain: Clinical manual*. St. Louis: Mosby.
- McGrath, P., Johnson, G., Goodman, J. T., Schillinger, J., Dunn, J. & Chapman, J. (1985). CHEOPS: A behavioural scale for rating post-operative pain in children. In H.L. Fields & et al. (Eds.), *Advances in Pain Research and Therapy* (Vol 9., pp. 395-402). New York: Raven Press.
- McQuay, H. (updated 2002). *Pain and its control*. [Online]. Available www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/painpag/wisdom/C13.html
- McQuay, H. & Moore, A. (1998). *An evidence-based resource for pain relief*. New York: Oxford University Press.
- McQuay, H. & Moore, R. A. (1997). Antidepressants and chronic pain. *British Medical Journal*, 314(7083), 763-764.
- Melzack, R. & Wall, P. (1996). *The challenge of pain*. New York: Penguin.
- Merboth, M. & Barnason, S. (2000). Managing pain: The fifth vital sign. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 375-383.
- Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. & Malviya, S. (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 23(3), 293-297.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Miasakowski, C., Nichols, R., Brody, B. & Synold, T. (1994). Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's quality assurance standards on acute and cancer related pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(1), 5-11.
- Morely, J., Eccelston, C. & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1-2), 1-13.
- National Health and Medical Research Centre (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [On-line]. Available: www.ausinfo.gov.au/general/gen_hotto_buy.htm
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999). Getting evidence into practice. *Effective Health Care*, 5(1), 1-16.
- Ontario Public Health Association (1996). *Making a difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto, Ontario: Government of Ontario.
- Pain Research Group (2002). Brief pain inventory (short form). [Online]. Available: www.mdanderson.org/departments/PRG/

- Portenoy, P. K. & Kanner, R. M. (Eds.). (1996). *Pain management: Theory and practice*. Philadelphia: F. A. Davis Co.
- Portenoy, R. K. (1996). Opioid therapy for chronic non-malignant pain: A review of the critical issues. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(4), 203-217.
- Porter, J. & Jick, H. (1980). Addiction rare in patients treated with narcotics. *New England Journal of Medicine*, 302(2), 123.
- Price, D. D., Bush, F. M. & Long, S. (1994). A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numeric rating scales. *Pain*, 56(2), 217-226.
- Puntillo, K. (1994). Dimensions of procedural pain and its analgesic management in critically ill surgical patients. *American Journal of Critical Care*, 3(2), 116-122.
- Registered Nurses Association of Ontario (2002). *Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.
- Rigge, 1990 – reference to be completed.
- Rischer, J. B. & Childress, S. B. (1996). Cancer pain management: Pilot implementation of the AHCPR guideline in Utah. *Joint Commission on Quality Improvement*, 22(10), 683-700.
- Royal College of Nursing (1999). *Clinical practice guidelines - The recognition and assessment of acute pain in children. Technical report*. London: Royal College of Nursing.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2000). Control of pain in patients with cancer. SIGN. [On-line]. Available: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign44.pdf>
- Stevens, B., Johnston, C. & Petryshen, P. (1996). Premature Infant Pain Profile: Development and initial validation. *Clinical Journal of Pain*, 12(1), 13-22.
- Stevens, B., Yamada, J. & Ohlsson, A. (2001). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Sunshine, A., Olson, N., Colon, A., Rivera, J., Kaiko, R., Fitzmartin, R. et al. (1996). Analgesic efficacy of controlled-release oxycodone in post-operative pain. *Journal of Clinical Pharmacology*, 36(7), 595-603.
- Turk, D. C. & Feldman, C. S. (1992). Noninvasive approaches to pain control in terminal illness: The contribution of psychological variables. *Hospice Journal*, 8(1-2), 1-23.
- von Roepen, J. H., Cleeland, C. S., & Gonin, R. (1993). Physician attitudes and practice in cancer pain management: A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Annals of Internal Medicine*, 119(2), 121-126.
- Ward, S. E. & Gordon, D. (1994). Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain*, 56(3), 299-306.
- Watt-Watson, J. H., Clark, A. J., Finley, G. A. & Watson, C. P. N. (1999). Canadian Pain Society position statement on pain relief. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 4(2), 75-78.
- Weisman, D.E., Griffie, J., Muchka, S. & Matson, S. (2000). Building an institutional commitment to pain management in long-term care facilities. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(1), 35-43.
- Wong, D. E. (1995). *Whaley and Wong's nursing care of infants and children*. (5th ed.) St. Louis: Mosby.
- Wong, D. & Baker, C. (2002). *Wong on web: FACES pain rating scale*. [Online]. Available: <http://www.us.elsevierhealth.com/WOW/faces.html>
- World Health Organization (1986). *Cancer pain relief*. (2nd ed.) Geneva: World Health Organization.

World Health Organization/IASP (1998). *Pain in children with cancer: The World Health Organization - IASP guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Young, D. N. (1999). *Acute pain management research-based protocol*. The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Centre Research Dissemination Core (RDC).

Zelman, D. C., Cleeland, C. S. & Howland, E. W. (1987). Factors in appropriate pharmacological management of cancer pain: A cross-institutional investigation. *Pain*, 4(Supp), S136.

Berry, P. & Dahl, J. (2000). The new JCAHO pain standards: Implications for pain management for nurses. *Pain Management Nursing*, 1(1), 3-12.

Broome, M. E., Lillis, P. P. & Smith, M. C. (1989). Pain interventions with children: A meta-analysis of research. *Nursing Research*, 38(3), 154-158.

Canadian Hospice Palliative Care Association Standards Committee (1995). *Palliative Care: Towards a consensus in standardized principles of practice - First phase working document*. Canadian Hospice Palliative Care Association.

Carroll, D. & Seers, K. (1997). Relaxation for the relief of chronic pain: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 27 476-487.

Cossins, L., Wiles, J., Nurmikko, T., Nash, T., Miles, J. & Wells, C. (2001). Evaluation of treatment efficacy in a large regional pain clinic. *Pain Clinic*, 13(1), 39-53.

Costello, P., Wiseman, J., Douglas, I., Batten, B. & Bennett, M. (2001). Assessing hospice inpatients with pain using numerical rating scales. *Palliative Medicine*, 15(3), 257-258.

Cramer, G., Galer, B., Mendelson, M. & Thompson, G. (2000). A drug use evaluation of selected opioid and nonopioid analgesics in the nursing facility setting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(4), 398-404.

Creamer, P., Lethbridge-Cejku, M. & Hochberg, M. (1999). Determinants of pain severity in knee osteoarthritis: Effect of demographic and psychosocial variables using 3 pain measures. *The Journal of Rheumatology*, 26(8), 1785-1792.

Dalton, J. A., Brown, L., Carlson, J., McNutt, R. & Greer, B. (1999). An evaluation of facial expression displayed by patients with chest pain. *Heart and Lung*, 28(3), 168-174.

Daut, R. L., Cleeland, C. & Flanery, R. (1983). Development of the Wisconsin Brief Pain questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain*, 17(2), 197-210.

Bibliografía

Ad Hoc Committee on Cancer Pain of the American Society of Clinical Oncology (1992). Cancer pain assessment and treatment curriculum guidelines. *Journal of Clinical Oncology*, 10(12), 1976-1982.

American Academy of Pediatrics & Canadian Paediatric Society (2000). Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Pediatrics*, 105(2), 454-461.

American Geriatrics Society (2001). Exercise prescription for older adults with osteoarthritis pain: Consensus practice recommendations. A supplement to the AGS Clinical Practice Guidelines on the management of chronic pain in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(6), 808-823.

American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management Chronic Pain Section (1997). Practice guidelines for chronic pain management. *Anesthesiology*, 86(4), 995-1004.

Barahona, P., Azevedo, F., Veloso, M., Esteveao, N. & Gallego, R. (2001). Computerising a guideline for the management of diabetes. *International Journal of Medical Informatics*, 64(2-3), 275-284.

Davis, D. & Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 157(4), 408-416.

Davis, G. & White, T. (2001). Nursing's role in chronic pain management with older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 16(3), 45-55.

De Clercq, P. A., Hasman, A., Blom, J. A. & Korsten, H. H. (2001). Design and implementation of a framework to support the development of clinical guidelines. *International Journal of Medical Informatics*, 64(2-3), 285-318.

de Wit, R., van Dam, F., Landbelt, L., van Buuren, A., van der Heijden, K., Leenhouts, G. et al. (2001a). Improving the quality of pain treatment by a tailored pain education programme for cancer patients in chronic pain. *European Journal of Pain*, 5(3), 241-256.

de Wit, R., van Dam, F., Loonstra, S., Zandbelt, L., van Buuren, A., van der Heijden, K. et al. (2001b). The Amsterdam pain management index compared to eight frequently used outcome measures to evaluate the adequacy of pain treatment in cancer patients with chronic pain. *Pain*, 91(3), 339-349.

Devine, E. C. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling*, 19(2), 129-142.

Devine, E. C., Bevsek, S. A., Brubakken, K., Johnson, B. P., Ryan, P., Sliefert, M. K. et al. (1999). AHCPR clinical practice guideline on surgical pain management: Adoption and outcomes. *Research in Nursing and Health*, 22(2), 119-130.

Devine, E. C. & Cook, T. D. (1986). Clinical and cost-saving effects of psychoeducational interventions with surgical patients: A meta-analysis. *Research in Nursing and Health*, 9(2), 89-105.

Ebener, M. K. (1999). Older adults living with chronic pain: An opportunity for improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 13(4), 1-7.

Fernandez, E. & Turk, D. C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: A meta-analysis. *Pain*, 38 123-135.

Ferrell, B. A. & Ferrell, B. R. (1991). Principles of pain management in older people. *Comprehensive Therapy*, 17(8), 53-58.

Ferrell, B. R., Jacox, A., Miasowski, C., Paice, J. A. & Hester, N. O. (1994). Cancer pain guidelines: Now that we have them, what do we do? *Oncology Nursing Forum*, 21(7), 1229-1231.

Forbes, D., King, K., Kushner, K., Letourneau, N., Myrick, A. F. & Profetto-McGrath, J. (1999). Warrantable evidence in nursing science. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 373-379.

Geloo, Z. & Ershler, W. (2001). Treatment and management of cancer in the frail elderly. *Oncology Spectrums*, 2(7), 469-475.

Giacomini, M. K. & Cook, D. J. (2000a). Users' guides to the medical literature. Qualitative research in health care: Are the results of the study valid? *Journal of the American Medical Association*, 284(3), 357-362.

Giacomini, M. K. & Cook, D. J. (2000b). Users' guides to the medical literature. Qualitative research in health care: What are the results and how do they help me care for my patients? *Journal of the American Medical Association*, 284(4), 478-482.

Gloth, F. M. (2001). Pain management in older adults: Prevention and treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(2), 188-199.

Greenes, R. A., Peleg, M., Boxwala, A., Tu, S., Patel, V. & Shortliffe, E. H. (2001). Sharable computer-based clinical practice guidelines: Rationale, obstacles, approaches and prospects. *Medinfo*, 10(Pt 1), 201-205.

Herr, K. & Garand, L. (2001). Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3), 457-478.

Hill, C. D. (1999). Joint commission focuses on pain management. Media Relations Manager [On-line]. Available www.jcaho.org

- Hurdon, V., Viola, R., & Schroder, C. (2000). How useful is docosate in patients at risk for constipation? A systematic review of the evidence in the chronically ill. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(2), 130-136.
- Joel, L. (1999). The fifth vital sign: Pain. *American Journal of Nursing*, 99(2), 9.
- Kamel, H., Phlavan, M., Malekgoudarzi, B., Gogel, P. & Morley, J. (2001). Utilizing pain assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly nursing home residents. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(6), 450-455.
- Kleiber, C. & Harper, DC. (1999). Effects of distraction on children's pain and distress during medical procedures: A meta-analysis. *Nursing Research*, 48(1), 44-49.
- Knott, C., Beyer, J., Villarruel, A., Denyes, M., Erickson, V. & Willard, G. (1994). Using the OUCHER developmental approach to pain assessment in children. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 19 (6), 314-320.
- Lanser, P. & Gesell, S. (2001). Pain management: The fifth vital sign. *Healthcare Benchmarks*, 8(6), 68-70.
- Lomas, J. (1991). Words without action? The production, dissemination and impact of consensus recommendations. *Annual Review of Public Health*, 12, 41-65.
- Mays, N. & Pope, C. (1995). Rigour and qualitative research. *British Medical Journal*, 311(6997), 109-112.
- McCarberg, B. & Wolf, J. (1999). Chronic pain management in a health maintenance organization. *The Clinical Journal of Pain*, 15(1), 50-57.
- Meuser, T., Pietruck, C., Radbruch, L., Stute, P., Lehmann, K. & Grond, S. (2001). Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: A longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain*, 93(3), 247-257.
- Milton, C. L. (2000). Contemplating the was, is, and will be. *Nursing Science Quarterly*, 13(1), 18-23.
- Mludek, V., Wolff, A. C., Drings, P., van der Haak, M., Haux, R., Wannernmacher, M. et al. (2001). Integration of clinical practice guidelines into a distributed regional electronic patient record for tumour-patients using XML: A means for standardization of the treatment process. *Medinfo*, 10(Pt 1), 658-662.
- Oerlemans, H. M., Oostendorp, R., De Boo, T., Perez, R. & Goris, R. J. (1999). Signs and symptoms in complex regional pain syndrome Type I/reflex sympathetic dystrophy: Judgement of the physician versus objective measurement. *The Clinical Journal of Pain*, 15(3), 224-232.
- Pasero, C. (1997). Pain ratings: The fifth vital sign. *American Journal of Nursing*, 97(2), 15-16.
- Pereira, J., Lawlor, P., Vigano, A., Dorgan, M. & Bruera, E. (2001). Equianalgesic dose ratios for opioids: A critical review and proposals for long-term dosing. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(2), 672-687.
- Perron, V. & Schonwetter, R. (2001). Assessment and management of pain in palliative care patients. *Cancer Control*, 8(1), 15-24.
- Ramritu, P. L. (2000). Use of the Oucher Numeric and the Word Graphic Scale in children aged 9-14 years with post-operative pain. *Journal of Clinical Nursing*, 9(5), 763-773.
- Randall, G. & Taylor, D. W. (2000). Clinical practice guidelines: The need for improved implementation strategies. *Healthcare Management Forum*, 13(1), 36-42.
- Rimer, B., Levy, M. H., Keintz, M. K., Fox, L., Engstrom, P. F. & MacElwee, N. (1987). Enhancing cancer pain control regimens through patient education. *Patient Education and Counseling*, 10(3), 267-277.
- Sai, S., Fujjii, K., Hiranuma, K., Sato, T. & Nemoto, T. (2001). Preoperative amproxicam reduces post-operative pain after hand surgery. *Journal of Hand Surgery*, 26(4), 377-379.

- Sayers, M., Rarando, R., Fisher, S., Aquila, A., Morrison, B. & Dailey, T. (2000). No need for pain. *Journal for Healthcare Quality*, 22(3), 10-15.
- Scrimshaw, S. & Maher, C. (2001). Responsiveness of visual analogue and McGill pain scale measures. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 24(8), 501-504.
- Seers, K. & Carroll, D. (1998). Relaxation techniques for acute pain management: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 466-475.
- Sindhu, F. (1996). Are non-pharmacological nursing interventions for the management of pain effective? A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24 1152-1159.
- Solberg, L. I., Brekke, M. L., Fazio, C. J., Fowles, J., Jacobsen, D. N., & Kottke, T. E. (2000). Lessons from experienced guideline implementers: Attend to many factors and use multiple strategies. *Journal on Quality Improvement*, 26(4), 171-188.
- Suls, J. & Wan, C. K. (1989). Effects of sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 372-379.
- Tan, G., Jensen, M., Robinson-Whelen, S., Thornby, J. & Monga, T. (2001). Coping with chronic pain: A comparison of two measures. *Pain*, 90(1-2), 127-133.
- The Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer (1998). The management of chronic pain in patients with breast cancer. *Canadian Medical Association*, 158(3), S71-S83.
- Twycross, G. & Kack, S. (1990). *Therapeutics in terminal cancer*. New York: Churchill Livingstone.
- Watson, P. & Watt-Watson, J. (1999). Treatment of neuropathic pain: Focus on antidepressants, opioids and gabapentin. *Pain Research and Management- The Journal of the Canadian Pain Society*, 4(3), 168-178.
- WCPI Nursing Education Committee (1996). Competency guidelines for cancer pain management in nursing education and practice. [Online]. Available: <http://www.cpsa.ab.ca/policyguidelines/painchronic.html>
- Weiner, D., Peterson, B., Ladd, K., McConnell, E. & Keefe, F. (1999). Pain in nursing home residents: An exploration of prevalence, staff perspectives and practical aspects of measurement. *The Clinical Journal of Pain*, 15(2), 92-101.
- Weiner, D. & Rudy, T. (2001). Are all older adults with persistent pain created equal? Preliminary evidence for a multiaxial taxonomy. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 6(3), 133-141.
- Weiss, S., Emanuel, L., Fairclough, D. & Emanuel, E. (2001). Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *The Lancet*, 357(9265), 1311-1315.
- Wensing, M., van der Weijden, T. & Grol, R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: Which interventions are effective? *British Journal of General Practice*, 48(427), 991-997.
- Wilkie, D., Savedra, M. C., Holzemer, W. L., Tesler, M. D. & Paul, S. M. (1990). Use of the McGill pain questionnaire to measure pain: A meta-analysis. *Nursing Research*, 39(1), 36-41.
- Wong, D. & Baker, C. (1988). Pain in children: Comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing*, 14(1), 9-17.
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilsom, D., Winkelstein, M. L. & Schwartz, P. (2001). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. (6th ed.) St. Louis: Mosby.
- Woodruff, R. (1993). *Palliative Medicine*. Melbourne: Asperula.
- Wright Oliver, J., Kravitz, R., Kaplan, S. & Meyers, F. (2001). Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *Journal of Clinical Oncology*, 19(7), 2206-2212.

Anexo A - Glosario de términos clínicos

Acupuntura: Técnica consistente en puncionar zonas específicas del cuerpo humano para aliviar el dolor.

Adicción: La adicción o dependencia psicológica se refiere al uso de opioides para alterar el estado de ánimo, es decir, para conseguir un efecto psíquico, no para el dolor. La adicción se caracteriza por un comportamiento que incluye al menos alguno de los siguientes aspectos: falta de control sobre la toma de fármacos, uso compulsivo, administración continua a pesar del daño, y ansia. La adicción no es común en personas cuyo dolor está siendo tratado en unidades de agudos (<0.1%) (Friedman, 1990).

Ajuste de la dosis: El aumento o disminución gradual de la medicación para reducir o eliminar los síntomas mientras el cuerpo se adapta a los efectos secundarios o la toxicidad del fármaco (AHCPR, 1994).

Analgesia controlada por el paciente (PCA por sus siglas en inglés): La autoadministración de los analgésicos por parte del paciente al que se le ha proporcionado instrucciones para hacerlo; se refiere a la libre administración, por lo general, de opioides por vía intravenosa (por ejemplo, la morfina), administrados mediante una bomba de perfusión, pero también puede referirse a los opioides orales autoadministrados en las instituciones.

Coadyuvante: Un fármaco que no constituye un analgésico primario pero que ha mostrado, gracias a la investigación, tener propiedades analgésicas independientes o adicionales.

Dependencia física: La respuesta psicológica que puede aparecer a raíz del uso de opioides en el tratamiento del dolor crónico y cuya dosis hay que reducir progresivamente a lo largo de varias semanas cuando se retira el tratamiento para evitar el síndrome de abstinencia. En general, los pacientes que toman dosis terapéuticas de opioides (dosis moderadas) únicamente experimentan una abstinencia leve cuando dejan los fármacos, incluido el insomnio, la disforia y algunos síntomas similares a los de la gripe como dolor muscular, diaforesis y náuseas. Otros síntomas habituales son agitación, temblores y taquicardia. Los síntomas pueden durar entre 5 y 10 días y pueden minimizarse mediante una reducción progresiva durante varias semanas (Kahan et al., 1999).

Electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS, por sus siglas en inglés): Método para producir electroanalgesia a través de electrodos que se aplican directamente sobre la piel.

Epidural: Situada en el canal raquídeo, sobre o fuera de la duramadre (la membrana sólida que recubre la columna vertebral); algunos sinónimos son "extradural" y "peridural".

Equianalgesia: Tener el mismo efecto analgésico: generalmente se utiliza la dosis de 10 mg de sulfato de morfina por vía parenteral como estándar para las comparaciones entre analgésicos opioides.

Escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS): Guía esquemática para determinar el tipo de analgésico requerido en base a la intensidad del dolor. Los fármacos fueron elegidos para que cualquier país del mundo pudiera cumplir el enfoque propuesto. (AHCPR).

Mioclónías: Espasmos generalizados del músculo esquelético que a menudo se asocian con una dosis mayor de opioides y que puede ser indicativo de un nivel tóxico de los mismos (AHCPR).

Opioide agonista: Cualquier componente parecido a la morfina que interactúe con receptores *mu* para producir analgesia. Aunque no exista un límite o dosis máxima para la administración, esta puede estar limitada por los efectos adversos del opioide. Los efectos adversos incluyen estreñimiento, náuseas y sedación con dosis iniciales y/o con un aumento escalonado, y rara vez depresión respiratoria si la dosificación no es la apropiada. Mientras que la tolerancia a las náuseas y a la sedación se desarrolla en un breve periodo de tiempo, el estreñimiento se debe manejar siempre con una administración regular de opioides.

Opioide agonista/antagonista: No se recomienda el uso de los agentes agonistas/antagonistas mixtos como la pentazocina para el tratamiento del dolor. Si se administran a individuos con dependencia de opioides, estos agentes desplazan al opioide de los receptores *mu* produciendo el síndrome de abstinencia y dolor.

Opioide antagonista: Un opioide antagonista como la naloxona no produce una respuesta analgésica. Se utiliza para revertir los efectos tóxicos de los agonistas (a excepción de la petidina ya que potencia su metabolito, la norpetidina) y de los agonistas/antagonistas mixtos (Hardiman & Limbird,1996).

Opioide vs "narcótico" vs "opiáceo": OPIOIDE es el término preferido para la analgesia puesto que se refiere a los fármacos utilizados para el manejo del dolor tales como la morfina, la oxycodona y la codeína. "Narcótico" es un término utilizado por los medios de comunicación y en ámbitos policiales para referirse a una amplia variedad de sustancias con un riesgo potencial de abuso y uso ilícito en la calle. Algunas de estas sustancias, como es el caso de la cocaína, no son analgésicas. El término "OPIOIDE" incluye todos los analgésicos, naturales y sintéticos, y por ello debe emplearse en lugar de "opiáceo" ya que este último se refiere únicamente a aquellos analgésicos producidos a partir de los alcaloides naturales de las amapolas.

Relajación: Ausencia relativa tanto de la ansiedad como de la tensión musculo esquelética.

Sedación constante: Una "sedación suave" durante la que el paciente mantiene los reflejos de las vías respiratorias y las respuestas a estímulos verbales.

Tolerancia: Se refiere a la necesidad de una dosis mayor de un fármaco para mantener el mismo efecto. La tolerancia al efecto analgésico de los opioides se desarrolla lentamente y a menudo la gente puede mantener la misma dosis durante un largo tiempo. La tolerancia a los efectos no analgésicos de los opioides frecuentemente se da a los pocos días o semanas, como es el caso de las náuseas y la obnubilación mental. Sin embargo, no existe la tolerancia al estreñimiento, por lo que la prevención se debe incluir en el tratamiento (Kahan et al., 1999).

Visualización: Una estrategia cognitivo-conductual que utiliza las imágenes mentales como ayuda para la relajación.



Anexo B – Herramientas para la valoración del dolor en neonatos, lactantes y niños:

Herramienta para la valoración de dolor	Referencia
Perfil de dolor en lactantes prematuros (PIPP por sus siglas en inglés)	Stevens, B., Johnston, C. & Petryshen, P. (1996). Premature infant pain profile: Development and initial validation. <i>Clinical Journal of Pain</i> , 12(1), 13-22.
Escala de dolor en neonatos (NIPS por sus siglas en inglés)	Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, S. & Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. <i>Neonatal Network</i> , 12(6), 59-66.
Escala FLACC: cara (Face), piernas (Legs), actividad (Activity), llanto (Cry) y consuelo (Consolability)	VÉASE EL EJEMPLO 1 Merkel, S.I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J.R. & Malviya, S. (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. <i>Pediatric Nursing</i> , 23(3), 293-297.
Escala de dolor del Hospital Infantil de Ontario del este (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS))	VÉASE EL EJEMPLO 2 McGrath, P.J., Johnson, G., Goodman, J.T., Schillinger, J., Dunn, J. & Chapman, J. (1985). CHEOPS: A behavioural scale for rating postoperative pain in children. In Fields, H.L et al. (Eds.), <i>Advances in pain research and therapy</i> , (Vol 9., pp. 395-402). New York: Raven Press.
Escala facial de Wong-Baker	Disponible online: http://www.us.elsevierhealth.com/WOW/faces.html Translations of the Wong-Baker Faces Scale: http://www.us.elsevierhealth.com/WOW/facesTranslations.html
Escala OUCHER, también conocida como escala de los "ay" (es una escala numérica vertical combinada con expresiones faciales para los niños que todavía no conocen los números)	Beyer, J.E. & Aradine, C.R. (1986). Content validity of an instrument to measure young children's perceptions of the intensity of their pain. <i>Journal of Pediatric Nursing Care</i> , 1(16), 386-395.

Ejemplo 1 - Escala FLACC

Categorías	Puntuación		
	0	1	2
Cara	Sin expresión particular o sonrisa	Muecas ocasionales, frunce el ceño, retraimiento o desinterés	La barbilla le tiembla con frecuencia e incluso constantemente aprieta la mandíbula
Piernas	Posición normal o relajada	Agitado, inquieto, tenso	Patalea o encoge las piernas
Actividad	Tumbado tranquilo, en posición normal, se mueve con facilidad	Se retuerce, se mueve hacia delante y hacia atrás, está tenso	Cuerpo encogido, rigidez o movimientos espasmódicos
Llanto	Ausencia de llanto	Gemidos o quejidos; queja ocasional	Llanto continuo, gritos o sollozos, quejas constantes
Consuelo	Contento, relajado	Se tranquiliza con caricias, abrazos, o hablándole para distraerle	Difícil de consolar o tranquilizar

Cada una de estas cinco categorías: cara, movimiento de las piernas, actividad, llanto y consuelo son puntuadas de 0 a 2, lo que da como resultado un total de entre 0 y 10.

Reimpresión de *Pediatric Nursing* (1997) 23(3), págs. 293-297. Reimpresión autorizada por la editorial, Jannetti Publications, Inc. East Holly Avenue Box 56, Pitman, NJ 08071-0056; Phone (856) 256-2300; FAX: (856) 589-7463. Para obtener una copia de la publicación, por favor contacte con la editorial.

Ejemplo 2 - Escala de dolor del Hospital infantil de Ontario del este (CHEOPS, por sus siglas en inglés)

Item	Comportamiento	Puntuación	Definición
Llanto	Ausencia de llanto	1	El niño no llora
	Gemidos	2	El niño emite gemidos o murmura, llanto silencioso
	Llantos	2	El niño llora pero el llanto es moderado o gimotea
	Chillidos	3	El niño llora desconsoladamente, solloza: puede anotarse con quejidos o sin quejidos
Cara	Serena	1	Expresión neutral de la cara
	Mueca	2	Marcar únicamente si pone una expresión facial negativa clara
	Sonrisa	0	Marcar solo si la expresión facial es claramente positiva
Verbalización del niño	Ninguna	1	El niño no habla
	Otras quejas	1	El niño se queja pero no de dolor p. ej. "Quiero ver a mi mamá" o "Tengo sed"
	Quejas de dolor	2	El niño se queja de dolor
	Ambas quejas	2	El niño se queja de dolor y otras cosas p. ej. "Me duele, quiero a mi mamá"
	Positivo	0	El niño dice cosas positivas o habla sobre otras sin quejarse
Torso	Neutral	1	El cuerpo (no los miembros) está en reposo, el torso está inactivo
	Retorcido	2	El cuerpo está en movimiento de una manera serpenteante o se retuerce
	Tenso	2	El cuerpo está arqueado o rígido
	Con escalofríos	2	El cuerpo tiene temblores o sacudidas involuntarias
	Erguido	2	El niño está en posición vertical o erguido
	Inmóvil	2	El cuerpo permanece inmóvil
Lo toca	No lo toca	1	El niño no toca ni agarra la herida
	Lo alcanza	2	El niño se busca la herida pero no la toca
	Lo toca	2	El niño toca la herida con suavidad y alrededor de esta
	Lo agarra	2	El niño se frota la herida con fuerza
	Inmóviles	2	Los brazos del niño permanecen inmóviles
Piernas	Neutral	1	Las piernas podrían estar en cualquier posición pero están relajadas; incluye movimientos suaves como si nadase o serpenteara.
	Se retuerce/ patalea	2	Movimientos inquietos o agitados en las piernas y/o da patadas
	Erguidas/ tensas	2	Piernas tensas y/o firmemente encogidas contra el cuerpo y mantenidas en esta postura
	Levantadas	2	De pie, agachado o de rodillas
	Inmóviles	2	Las piernas del niño están sujetas

Anexo C - Preguntas tipo para la valoración inicial del dolor

Identificar la localización del dolor

Pregunta: *¿Dónde le duele? ¿Le duele en más de un sitio?*

Identificar las características PQRST*:

P - factores precipitantes o provocantes y factores mitigantes

Pregunta:

- *¿Qué es lo que hace que su dolor empeore?*
- *¿Qué es lo que hace que su dolor mejore?*
- *¿Qué tratamientos anteriores ha seguido para intentar aliviar el dolor?*
- *¿Fueron efectivos?*

Q - cualidad del dolor (p. ej.: quemante, punzante, lacerante, penetrante o lancinante)

Pregunta:

- *¿Cómo es el dolor?*
- *¿Qué palabras utilizaría para describir el dolor?*

R - irradiación

Pregunta:

- *¿El dolor se traslada a otros puntos?*

S - severidad (utilizar una escala de intensidad del dolor adecuada: véase Anexo E)

Pregunta:

- *En una escala del 0 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el peor dolor que se pueda imaginar, indique cuánto le duele en este momento.*
- *¿Cuánto duele en el peor momento?*
- *¿Cuánto duele en el mejor momento?*

T - frecuencia temporal

Pregunta:

- *¿Cuándo empezó el dolor?*
- *¿Le duele a menudo?*
- *¿Ha variado la intensidad?*
- *¿Cuánto dura?*

Identifique los efectos del dolor en el funcionamiento y las actividades de la vida diaria.

* Regla nemotécnica en inglés que relaciona las letras del abecedario con las preguntas para averiguar las características del dolor

Anexo D – Preguntas adicionales para la valoración del dolor

Efecto y comprensión de la enfermedad actual

Pregunta:

- *¿Cuál cree que es el origen de sus dolores?*

Significado del dolor

Pregunta:

- *¿Qué es lo que le preocupa del dolor?*

Estrategias típicas de los pacientes para afrontar el estrés y el dolor

Pregunta:

- *¿Qué tipo de ayuda necesita para enfrentarse al dolor?*

Efecto económico del dolor y su tratamiento

Pregunta:

- *¿Ha afectado el dolor a sus finanzas y tiene otras preocupaciones acerca de los costes de la medicación, etc.?*

Angustia causada por el dolor

Pregunta:

- *¿En qué medida le ha impactado el dolor?*
- *¿De qué manera ha afectado a sus relaciones con otras personas?*
- *¿Qué impacto ha tenido en sus actividades cotidianas?*

Inquietudes acerca del uso de opioides, ansiolíticos y otros medicamentos

Pregunta:

- *¿Teme o está preocupado por el uso de opioides o cualquier otra medicación relacionada con el dolor?*

Para preguntas adicionales, véase el Cuestionario breve del dolor (o BIP por sus siglas en inglés) (Anexo E - 8)

ANEXO E – Herramientas para la valoración del dolor en adultos

EJEMPLO 1 – Escala visual analógica (EVA)

EJEMPLO 2 – Escala numérica (NRS, por sus siglas en inglés)

EJEMPLO 3 – Escala verbal

EJEMPLO 4 - Diagramas de flujo de expresiones faciales y comportamiento

EJEMPLO 5 - Herramienta y claves de la herramienta para valorar el dolor

EJEMPLO 6 – Hoja de comunicación para las órdenes de manejo del dolor

EJEMPLO 7 – Herramienta interinstitucional para la valoración del dolor de Calgary

EJEMPLO 8 – Cuestionario breve del dolor



Anexo E: Herramientas para la valoración del dolor

Ejemplo 1 – Escala visual analógica (EVA)



El paciente indica la intensidad del dolor en una línea continua de 10 cm. En uno de los extremos se marca con “Ningún dolor” y en el otro con “El peor dolor imaginable”

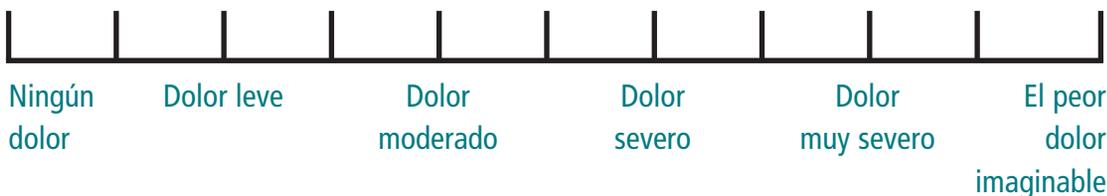
112

EJEMPLO 2 – Escala numérica (NRS, por sus siglas en inglés)



El paciente valora el dolor en una escala que va de 0 a 10.

EJEMPLO 3 – Escala verbal (VRS, por sus siglas en inglés)



El paciente valora el dolor de manera verbal en una escala Likert, p. ej. “ningún dolor”, “dolor leve”, “dolor moderado”, “dolor severo”, “dolor muy severo” o “peor dolor imaginable”.

EJEMPLO 4 - Diagramas de flujo de expresiones faciales y comportamiento

Nombre: _____ Actividad Resposo Hora: _____



0
ningún dolor



2
leve



4
molesto



6
angustiante



8
horrible



10
atroz

Medicación habitual para el dolor: _____ Medicación de rescate o si precisa: _____

Mes: _____

Fecha y hora																			
PUNTUACIÓN																			
10																			
8																			
6																			
4																			
2																			
0																			
Medicación si precisa																			

Puntuación según la expresión facial: La escala facial (de muecas) puntúa el nivel de dolor (de 0 a 10, de derecha a izquierda) según la valoración del cuidador al observar la expresión facial del paciente. La valoración se realiza una vez al día o más (arriba se indica 14 días). Esta valoración del grado de malestar debe realizarse a la misma hora todos los días y durante el mismo nivel de actividad. **Anotar si se ha administrado medicación si precisa o de rescate; sí (s), no (n) o dosis.**

Lista de control del comportamiento

10 – siempre 8 – la mayoría de las veces 6 – a menudo 4 - ocasionalmente 2 – rara vez 0 - nunca

Fecha y hora																			
COMPORTAMIENTO																			
come poco																			
tenso																			
tranquilo																			
indica dolor																			
grita																			
camina de un lado a otro																			
respiración ruidosa																			
sueño deficiente																			
reniega																			
Medicación si precisa																			

Lista de control del comportamiento: Se pueden utilizar los cambios en el comportamiento para valorar el dolor o el malestar, y de ese modo evaluar la eficacia de las intervenciones. En la parte superior del gráfico de valoración, una vez observado el comportamiento, se puede puntuar de 10 (siempre) a 0 (nunca). En la columna de la izquierda, se hace una lista de los comportamientos que se valoran y puntúan durante 24 horas. Esta tabla califica 9 comportamientos diferentes durante 14 días. El cuidador puede aumentar la lista, p. ej., balanceos, gritos, etc. Anotar si se administra medicación de rescate o si precisa. Ambas herramientas deben adaptarse para un uso individual.

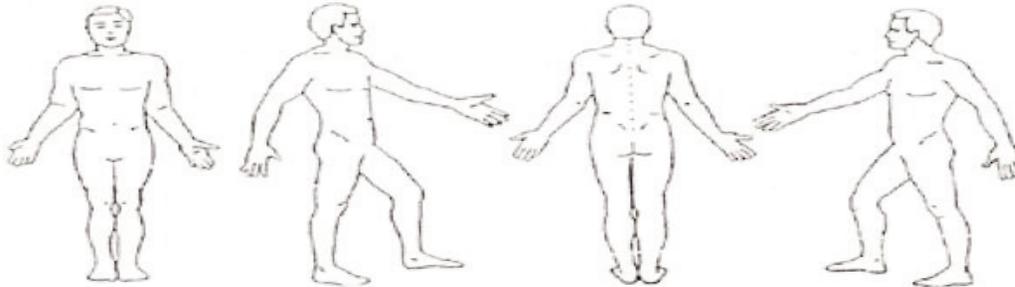
(Las listas de control de la expresión facial y del comportamiento se utilizan con permiso del Saint Joseph's Health Centre, Sarnia. Equipo de investigación en cuidados paliativos).

Reimpresión autorizada. Brignell, A. (ed) (2000). Guideline for developing a pain management program. A resource guide for long-term care facilities, 3rd edition.

EJEMPLO 5 - Herramienta para la valoración del dolor

Fecha de la valoración: _____ Nombre: _____

Localización del dolor: usar letras para identificar diferentes dolores.



(Ilustrado por: Nancy A. Bauer, Hon BA, B. Comm, RN, CETN)

Intensidad: Utilice una escala del dolor apropiada para valorar el dolor subjetiva y objetivamente en una escala de 0 a 10.

Localización	Dolor A	Dolor B	Dolor C	Otros
¿Cuál es su nivel de dolor en este momento?				
¿Qué es lo que hace que el dolor mejore?				
¿Cuál es la intensidad mínima de su dolor?				
¿Qué es lo que hace que el dolor empeore?				
¿Cuál es la intensidad máxima de su dolor?				
¿El dolor es continuo o intermitente (viene y va)?				
¿Cuándo empezó el dolor?				
¿Cuál crees que es la causa del dolor?				
¿Qué grado de dolor puedes soportar sin que te incomode?				

Calidad: Indique las palabras que califican el dolor utilizando la letra del dolor (A, B, C) que se está describiendo.

- constante
 palpitante
 intenso
 como una puñalada
 mordiente
 agudo
 que quema
 sensible
 agotador
 fatigoso
 penetrante
 entumecido
 persistente
 que martillea
 que abate
 insoportable
 hormigueo
 que se extiende
 intenso
 otros: _____



0

ningún dolor



2

leve



4

molesto



6

angustiante



8

horrible



10

atroz

Reimpresión autorizada. Brignell, A. (ed) (2000). Guideline for developing a pain management program. A resource guide for long-term care facilities, 3rd edition.

Ejemplo 5 – Herramienta para la valoración del dolor (continuación)

Efectos del dolor en las actividades de la vida diaria	sí	no	Comentarios
sueño y descanso			
actividades sociales			
apetito			
actividad física y movilidad			
emociones			
sexualidad / intimidad			

Efectos del dolor en su calidad de vida: (felicidad, satisfacción, realización)

¿Qué es lo que no puede hacer pero que le gustaría o qué tipo de actividad mejoraría la calidad de vida del paciente?

Medicación actual y administración: _____

Apoyo familiar: _____

Síntomas:

¿Qué otros síntomas está/están usted/ellos experimentando?

- estreñimiento náusea vomito fatiga insomnio
 depresión falta de aliento dolor en la boca debilidad somnolencia
 otros _____

Comportamiento:

¿Qué otros tipo de comportamientos está/están usted/ellos experimentando?

- llamar en voz alta inquietud esistencia al movimiento no comer deambulación nerviosa
 no dormir retraimiento respiración sonora balanceo otros _____

¿Ha sufrido un grado de dolor importante anteriormente? ¿Cómo manejó ese dolor?

¿Hay algo más que pueda indicarnos para que seamos capaces de trabajar juntos en el manejo del dolor?

Diagnóstico del dolor por parte de la enfermera:

- nociceptivo visceral neuropático suffering dolor incidental somático
 espasmos musculares aumento de la presión intracraneal

Lista de problemas: (añadir al plan de cuidados del paciente)

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Firma: _____ Fecha: _____

Ejemplo 5 – Claves de la Herramienta para la valoración del dolor

Claves de la Herramienta para la valoración del dolor

Localización del dolor:

Según esté indicado, el paciente, o si es necesario usted mismo, colocar la letra "A" en la parte del cuerpo en la que el paciente dice tener dolor. Si el dolor comienza en un punto y luego se extiende, puede indicar la dirección y extensión con una flecha. Si se diese el caso de un segundo o tercer dolor, entonces utilícense las letras "B" y "C".

Intensidad:

Se realizará al paciente las preguntas de la tabla, relacionadas con cada dolor identificado. La herramienta elegida de elección para valorar el dolor es la que puntúa de 0 a 10. Si el paciente lo encuentra confuso o no es capaz de seguirlo, utilice la escala de caras (o expresión facial) como medida objetiva.

Calidad:

Examinar cada foco de dolor para identificar los descriptores apropiados de la lista o si el paciente utiliza una palabra diferente para ello, anotarla al lado de "otros". Indicar la letra que corresponde a la localización del dolor que se ha descrito a lado de las palabras calificativas.

Efectos del dolor en las actividades de la vida diaria (AVD):

Quiere averiguar si cualquiera de los dolores identificados en las secciones "localización del dolor" e "intensidad" afectan a alguna de las actividades de la vida diaria de la lista. Marque "sí" o "no".

Si el dolor está causando un problema en cualquiera de las AVD, indique en la columna de comentarios qué dolor está causando el problema y de qué manera.

Si el dolor no acarrea ningún problema en la actividad pero el paciente expresa dificultad por otro motivo o síntoma, marcaría "no" pero incluiría un comentario para dar más detalles.

Asimismo es importante saber si el paciente siente que necesita ayuda para llevar a cabo alguna actividad identificada como un problema o si no le importa vivir con ello. Si el paciente quiere ayuda, se planteará la necesidad de derivarle a la persona adecuada.

A continuación se proporcionan algunas preguntas adicionales y/o puntos que podrían servirle de ayuda cuando interrogue acerca de las áreas específicas de AVD. Además se incluyen posibles *derivaciones a profesionales expertos en las diferentes áreas.

Reimpresión autorizada. Brignell, A. (ed) (2000). Guideline for developing a pain management program. A resource guide for long-term care facilities, 3rd edition.

1. Sueño y descanso:

Pregunta - ¿Cuántas veces se despierta por las noches? ¿Cuántas noches a la semana? ¿Qué considera una buena o mala noche? ¿En qué posición duerme? ¿Utiliza algún dispositivo especial para mantener una postura correcta?

¿Ha probado alguno anteriormente? ¿Le sirvió de ayuda?

*Terapeuta ocupacional (OT)/ fisioterapeuta (PT)/ enfermera universitaria (RN)/ doctor (DR)/ cuidado pastoral (PC)/ trabajador social (SW). Se han mantenido las siglas en inglés entre paréntesis como referencia.

2. Actividades sociales:

Incluye actividades para el tiempo libre (aficiones), actividades recreativas e ir de compras.

*Terapeuta ocupacional (OT)/ trabajador social (SW)/ Voluntarios.

3. Apetito:

Número y cantidad de las comidas. Preferencias en cuanto a comidas, aperitivos, un ejemplo de cómo podría ayudar cada uno de ellos.

*Dietista

4. Actividad física y movilidad:

Movimiento en la cama; transferencias a la cama, a la silla o al baño; escaleras; caminar; otros ejercicios; deportes; cuidado personal; bañarse, vestirse, arreglarse, comer; manejo de la medicación.

*Terapeuta ocupacional (OT)/ enfermera universitaria (RN)

5. Emociones:

Todo cambio que resulte del dolor, ¿interfiere de tal manera en las actividades que la intervención sería de ayuda?

*Trabajador social (SW)/ cuidado pastoral (PC)/ Voluntario

6. Sexualidad e intimidad:

¿El dolor provoca una reducción significativa en el deseo sexual o de los contactos íntimos o los movimientos requeridos son demasiado dolorosos? En ambos casos, ¿supone una preocupación para el paciente?

*Trabajador social (SW)/ fisioterapeuta (PT)/ terapeuta ocupacional (OT)/ enfermera universitaria (RN)/ doctor (DR).

Adaptado originalmente con permiso de Grey Bruce Palliative Care/Hospice Association Manual. Reimpresión autorizada. Brignell, A. (ed) (2000). Guideline for developing a pain management program (Guía para el desarrollo de un programa para el manejo del dolor). A resource guide for long-term care facilities, 3ª edición.

Ejemplo 5 – Claves de la Herramienta para la valoración del dolor (continuación)

Efectos del dolor en la calidad de vida:

Esto puede constituir un tema muy difícil para intentar describirlo, y es el motivo por el que se han incluido algunos descriptores para asistir al paciente: felicidad, satisfacción y realización. Que el paciente indique qué actividades que sean importantes para él ya no puede realizar. Pregunte de qué manera podemos ayudar.

Medicación actual y administración:

Incluye toda la medicación y cómo ha sido prescrita; dosis, hora de la toma, número de pastillas, su efectividad según la escala de 0 a 10, administración habitual o a demanda y efectos secundarios.

Apoyo familiar:

Este lo puede dar cualquier persona involucrada en la vida del paciente y que sea considerada por este como significativa en su vida.

Síntomas:

Que el paciente identifique de la lista de síntomas aquellos que afectan a su calidad de vida.
Comprobar los que sean adecuados.

Comportamiento:

Que el residente identifique los comportamientos perturbadores si es posible y/o el asesor indentifique y compruebe el comportamiento mostrado.

Dolores anteriores:

Que el paciente describa el incidente relacionado con el dolor y su forma de afrontarlo.

Diagnóstico del dolor por parte de la enfermera:

Teniendo en cuenta toda la información de la valoración, identifique uno o más dolores. Asignar la letra correspondiente para relacionarlos con los dolores reconocidos en la sección "la localización del dolor".

Adaptado originalmente con permiso de Grey Bruce Palliative Care/Hospice Association Manual. Reimpresión autorizada. Brignell, A. (ed) (2000). Guideline for developing a pain management program (Guía para el desarrollo de un programa para el manejo del dolor). A resource guide for long-term care facilities, 3ª edición.

Ejemplo 5 – Claves de la Herramienta para la valoración del dolor (continuación)

Diagnóstico del dolor:

Hay cuatro clasificaciones del dolor; dolor nociceptivo, dolor neuropático, dolor mixto y dolor de origen desconocido.

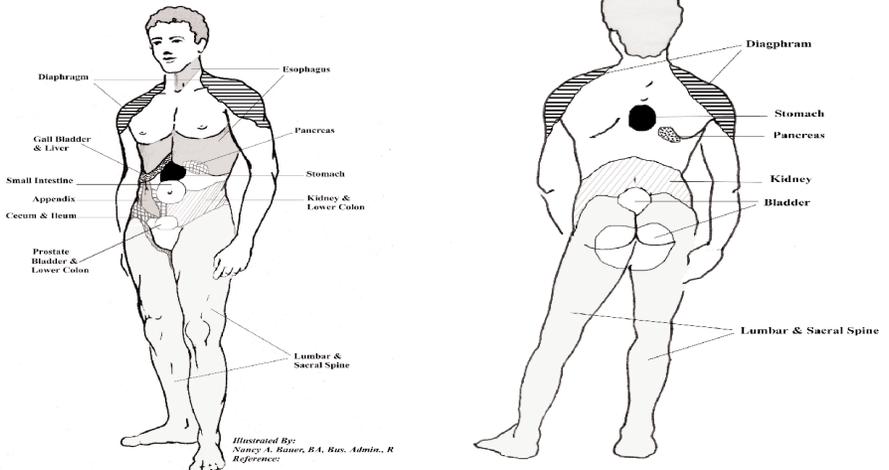
1. Nociceptivo:

El dolor nociceptivo está originado por un daño en el tejido causado por presión, infiltración o destrucción por una lesión somática o visceral reconocible.

Visceral:

Un dolor constante, sordo, lacerante, mal localizado, que tiene un inicio gradual y que a menudo se siente distante del origen.

REFERRED PAIN



119

- Viscera sólida" (por ejemplo: hígado, páncreas)
 - Si es intenso puede ser agudo y penetrante
- Viscera hueca" (por ejemplo: intestino, vejiga)
 - Dolor difuso o cólico
 - Sensación de presión o inflamación causada por la obstrucción de un "túnel" previamente obstruido
 - En el caso del dolor visceral torácico puede experimentar dificultad para respirar o toser
 - En el caso del dolor visceral abdominal puede darse distensión abdominal, náuseas y vómitos

Somático:

Es un dolor constante, lacerante o doloroso, normalmente bien localizado, que empeora con el movimiento o con la carga del peso si se sitúa en la pelvis, las caderas, el fémur, las articulaciones o la columna.

- metástasis ósea
- invasión de la piel o ulceración
- invasión del músculo, masa de tejidos blandos
- fracturas patológicas
- osteoartritis y otras enfermedades destructoras del hueso
- puede estar presente en la espalda y el hombro si implica la T1

Aumento de la presión intracraneal:

- tumores cerebrales
- carcinomatosis meníngea

Adaptado originalmente con permiso de Grey Bruce Palliative Care/Hospice Association Manual. Reimpresión autorizada. Brignell, A. (ed) (2000). Guideline for developing a pain management program (Guía para el desarrollo de un programa para el manejo del dolor). A resource guide for long-term care facilities, 3ª edición.

Ejemplo 5 – Claves de la Herramienta para la valoración del dolor (continuación)

2. Neuropático:

El dolor neuropático está causado por la presión, invasión o destrucción del tejido nervioso central o periférico, lo que conlleva una columna vertebral compleja y anómala o procesos neuronales del tálamo que producen un dolor continuo.

- invasión, destrucción del plexo braquial o lumbosacro
- compresión de la médula espinal
- a menudo, el dolor precede a una pérdida sensorial y motora
- dolor de constante a intermitente, agudo y punzante
- la compresión específica de la raíz del nervio puede causar dolor dermatomal
- el daño progresivo puede provocar dolor quemante y superficial
- puede experimentar hiperestesia, disestesia, pérdida motora y sensorial progresiva
- puede tener cambios vasomotores

3. Mixto:

El dolor mixto en muchas ocasiones es una combinación del dolor nociceptivo y del dolor neuropático.

- La invasión tumoral del páncreas con extensión y destrucción de la vértebra, incluida la compresión de la médula espinal.

4. Desconocido:

Dolor persistente cuya causa no se puede determinar por la historia clínica ni por las investigaciones.

- se pueden utilizar todos los descriptores actuales
- puede ocurrir que cuando las investigaciones no son concluyentes, no se crea al paciente
- suele producirse infratratamiento
- puede debilitar
- un sufrimiento que dure toda la vida puede llevar a la depresión

Lista de problemas:

Mediante la "Herramienta para la valoración del dolor" piense posibles diagnósticos del dolor y haga una lista en el plan de cuidados. Si identifica un problema en el que el paciente no reparó, es importante asegurarse de que está de acuerdo y comprende por qué constituye un problema. Es una lista dinámica. Por favor, notifique la fecha en la que cada problema es identificado y resuelto.

Objetivos y planes:

De la lista de problemas, el paciente pondrá objetivos y trabajarán juntos para determinar las intervenciones. Es importante especificar quién hace qué y a quién se ha derivado al paciente.

Asimismo, incluya qué indicador de resultados utilizará para la reevaluación del objetivo, es decir, una escala analógica de 0 a 10 y qué herramienta utilizará si se trata de algo diferente al dolor. Es decir 0= sin náuseas, 10= la peor náusea imaginable. O puntúe según la lista de control del comportamiento.

Incluya el plan a llevar a cabo de forma anticipada y cuándo reevaluará el objetivo.

Asegúrese de firmar y poner la fecha a cada entrada.

Ejemplo 6 – Hoja de comunicación para las órdenes de manejo del dolor

Valoración del dolor para: _____ Médico: _____

Diagnóstico del dolor: _____ Fecha: _____

Localización del dolor o dolores: _____

Comprobar el descriptor: _____

constante palpitante intenso como una puñalada agudo que quema
que corroe sordo hormigueo sensible

Conducta del paciente:

llamar en voz alta inquietud resistencia al movimiento no comer
deambulación nerviosa balanceo no dormir retraimiento

Intensidad (0-10) ponga un círculo alrededor del número que corresponda:

ninguno 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 peor

Patrón: continuo intermitente dolor nuevo dolor antiguo

Si se trata de un dolor nuevo, ¿cuánto tiempo ha estado ahí? _____

¿Qué es lo que hace que el dolor disminuya? _____ y que aumente? _____

Impacto en las AVD: _____ ¿Cuenta con el apoyo de la familia? _____

Percepción del paciente sobre lo que causa el dolor: _____

Objetivo del paciente para el control del dolor: (puntuación) _____ (actividad) _____

Fármaco, posología y número total de dosis de todos los analgésico en las últimas 24 horas:

(i.e. a demanda, de rescate y habitual) (i.e. Paracetamol, Morfina [liberación inmediata], MST [acción prolongada].)

Fármaco, posología y número total de dosis de todos los analgésico en las últimas 24 horas:

(i.e. a demanda, de rescate y habitual) (i.e. Naproxeno, Amitriptilina, Lorazepam, Dimenhidrinato, Paracetamol)

Las intervenciones no farmacológicas que se probaron en el pasado: _____

Sugerencias sobre modificaciones en el manejo:

Nuevos fármacos/dosis/intervalos _____ discontinuo: _____

Órdenes: _____

Ejemplo 7 – Herramienta interinstitucional para la valoración del dolor de Calgary (continuación)

7. ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor?

8. ¿En las últimas 24 horas, cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Ningún										Alivio
Alivio										Total

9. Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido, durante las últimas 24 horas, con su:

A. Actividad en general

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No										Interfiere
Interfiere										por Completo

B. Estado de ánimo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No										Interfiere
Interfiere										por Completo

C. Capacidad de caminar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No										Interfiere
Interfiere										por Completo

D. Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No										Interfiere
Interfiere										por Completo

E. Relaciones con otras personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No										Interfiere
Interfiere										por Completo

F. Sueño

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No										Interfiere
Interfiere										por Completo

G. Capacidad de diversión

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No										Interfiere
Interfiere										por Completo

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved.

Ejemplo 7 – Herramienta interinstitucional para la valoración del dolor de Calgary (continuación)

PARTE II – VALORACIÓN DEL PACIENTE (por favor, incluya esta información en el plan de cuidados del paciente/familia)

Valorar cómo afecta el dolor a la vida diaria del paciente. (p. ej. la situación financiera, el trabajo, las relaciones familiares)

Valorar cómo afecta el dolor a las actividades de la vida diaria del paciente. (p. ej. bañarse, moverse, dormir, comer, andar)

Otra información adicional relevante para el problema del dolor.
(p. ej. valoración objetiva, afectación, precaución, muecas, constantes vitales)

Fecha _____ Firma _____

PARTE III – ALTA MÉDICA O DERIVACIÓN

Resumen completo del alta que incluya:

- Historial de dolor
- Curso del tratamiento
- Consultas relevantes acerca del dolor

Fecha _____ Firma _____

Ejemplo 8 – Cuestionario Breve del dolor (BIP por sus siglas en inglés)

El Brief Pain Inventory está disponible en una versión corta (unidad de cuidados a pacientes agudos y unidad de urgencias) y una versión larga (dolor persistente o crónico). La versión corta se incluye aquí como ejemplo.

El Cuestionario Breve del dolor ha sido validado en al menos 7 idiomas diferentes después de comprobar la consistencia de su estructura en dos factores (factores: severidad del dolor e impacto del dolor).

- Chino
- Filipino
- Francés
- Alemán
- Griego
- Hindi
- Italiano
- Japonés
- Español
- Taiwanés
- Vietnamita

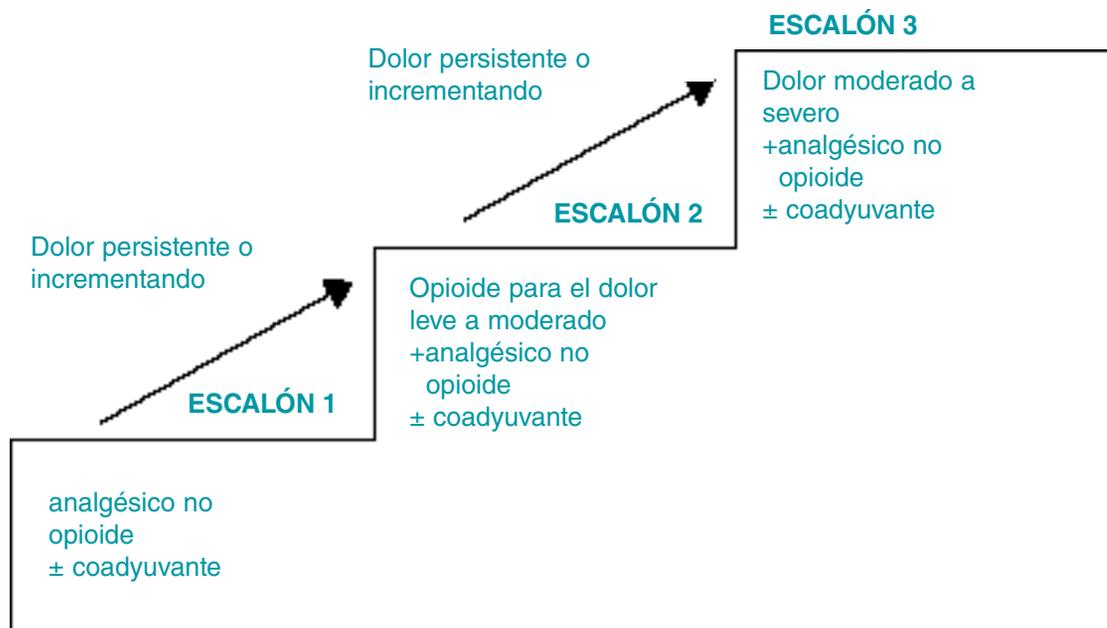
Hay otros estudios en proceso para la validación de versiones traducidas a otros idiomas. Para más información, obtener copias del Cuestionario Breve del dolor (la versión abreviada o la ampliada) y consultar las referencias de las versiones traducidas de esta herramienta, visite la página: <http://www.mdanderson.org/departments/PRG/>

Anexo F – Escala analgésica

Escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud

Reimpresión autorizada por la Organización Mundial de la Salud.

127



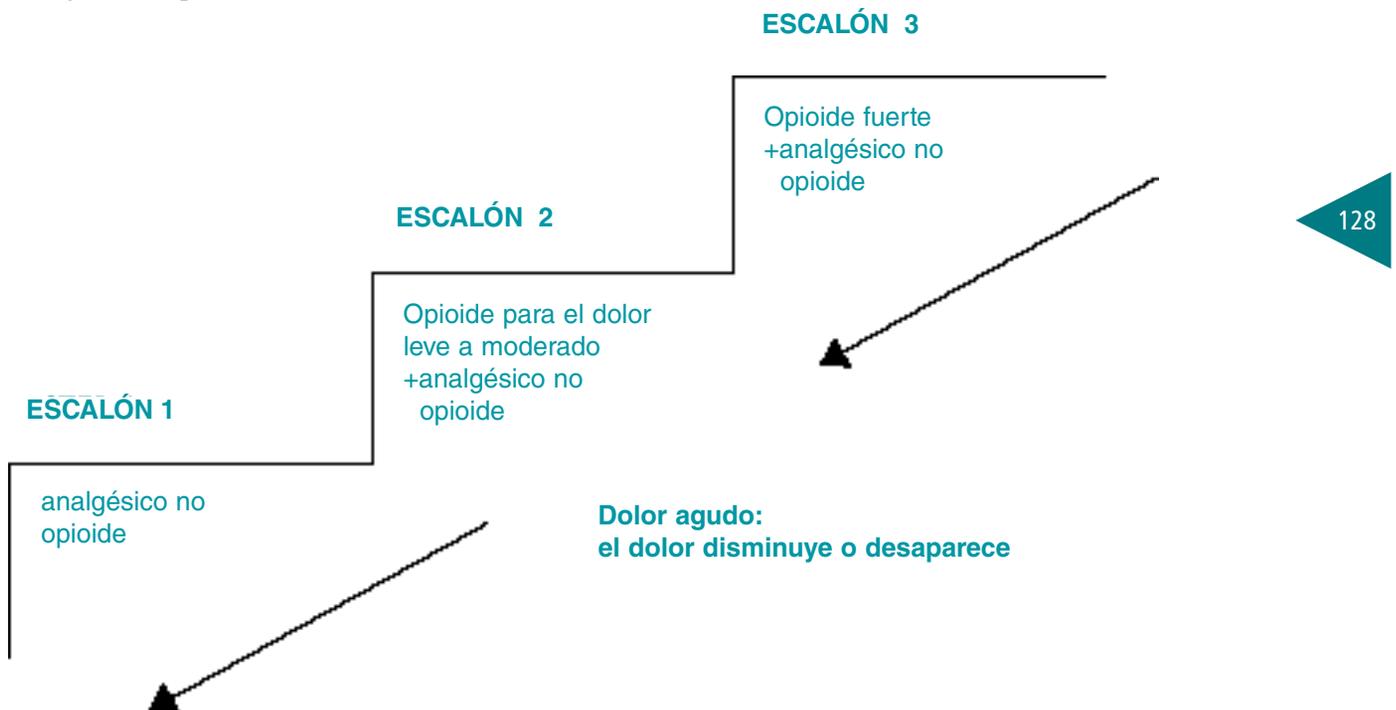
UTILIZACIÓN DE LA ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS

La escala analgésica de la OMS pretende ser una guía que estructure el uso de la analgesia en el tratamiento farmacológico del dolor, pero no busca ser un esquema rígido. Podría ser necesario combinar el método de la OMS para controlar el dolor con otras modalidades de tratamiento. Evalúe el tipo e intensidad del dolor y después ajuste el fármaco a la intensidad del dolor y otras características.

El uso de la analgesia debe empezar por el escalón de la escala analgésica apropiado según la severidad del dolor. No es necesario empezar la terapia por el escalón 1 si la persona padece un dolor de moderado a severo, los pacientes con dolor severo deben iniciar la terapia en el escalón 3.

El uso de la escala se invierte en situaciones de dolor agudo, y se empieza por el escalón 3 y se retrocede hacia los analgésicos del escalón 1 cuando se produce una recuperación.

La siguiente figura muestra un plan sencillo para el manejo del dolor agudo, que es una adaptación de la escala analgésica de la OMS. Cuanto más disminuye el dolor, más suave es el analgésico empleado.



McQuay, H. (last updated 2002). Pain and its control. [Online].

Disponible en: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/painpag/wisdom/C13.html>

Anexo G – Ejemplo de protocolo de inyección subcutánea

Reimpresión autorizada. Este procedimiento fue desarrollado por el St. Joseph's Health Care London y se debe utilizar sólo como referencia. Cada organización es única. El desarrollo de las directrices debe hacerse según la legislación, la misión, la visión, los valores y las características exclusivas de cada organización.

Procedimiento: Infusión subcutánea mediante aguja de palometa.

Objetivo: Para reducir la necesidad de inyecciones en múltiples lugares para la administración de la medicación.

Equipo: Un equipo de infusión con palometa pediátrica corta, calibre 25G
Gasa con alcohol (o soluciones de clorhexidina)
Venda oclusiva de 5 cm x 7,5 cm (aprox.)
Jeringa de 3cc con cloruro sódico al 0,9%, 1 ml en calibre 22 ó 25G

Procedimiento:

1. Explique el procedimiento al paciente y al familiar.
2. Lávese las manos.
3. Utilice una técnica estéril y purgue el equipo para la infusión con cloruro sódico al 0,9%.
4. Pellizque suavemente la piel del paciente en el lugar elegido para la inyección/inserción para formar una protuberancia. Los puntos comunes son la zona subclavicular en la zona pectoral anterior, la región abdominal, por encima o por debajo de la zona umbilical. Se pueden utilizar brazos y muslos, pero hay que actuar con prudencia para prevenir lesiones accidentales por punción a los cuidadores.
5. Limpiar la zona con una gasa con alcohol (o el antiséptico indicado por el centro).
6. Con el bisel hacia abajo, introduzca toda la aguja con un ángulo de 45°.
7. Coloque el apósito sobre el punto de inserción.
8. Etiquete el vendaje con la fecha, la hora de inserción y sus iniciales.
9. Asegúrese de que el tapón protector está bien colocado al final del tubo (extensión).

Cambios de localización:

Valorar la localización de forma regular. Entre las indicaciones para el cambio de localización se incluyen:

- La zona está enrojecida y dura o hinchada (puede haber un poco de hinchazón tras la administración, pero debería absorberse con rapidez, en unos 30 minutos).
- Quejas de los pacientes por dolor en la zona de punción después de que el medicamento haya sido absorbido (puede haber un poco de escozor en las primeras dosis de la medicación).
- Goteo o sangrado en el área de punción.

Documentación: Registre la fecha, hora y lugar de la inserción/extracción de la infusión con aguja de palometa en la historia del paciente.

Administración: Para administrar la medicación a través de una aguja de palometa (infusión subcutánea intermitente, ISI por sus siglas en inglés):

1. Prepare en una jeringa la medicación prescrita para ser administrada en forma subcutánea.
2. Prepare una segunda jeringa con 0,2 ml de cloruro sódico al 0,9%.
3. Retire el protector del equipo de infusión.
4. Retire la aguja de la jeringa con medicación y conecte la jeringa con el equipo de infusión de palometa. Inyecte la medicación prescrita.
5. Del mismo modo, conecte la jeringa e introduzca los 0,2 ml de cloruro sódico.
6. Limpie el protector con solución antiséptica y vuelva a colocarlo en el equipo de infusión.
7. Registre el procedimiento realizado como lo haría con cualquier otro tipo de inyección, siguiendo el sistema organizativo del centro.

Este sistema no requiere lavado cuando no se utiliza. El lavado de la vía solo es necesario inmediatamente después de inyectar la medicación con el fin de limpiar el sistema unido a la palometa y la aguja para que el paciente reciba la dosis completa. Esto permite saber a la próxima enfermera que el tubo contiene únicamente suero salino y no medicación. Por lo tanto, se puede utilizar el mismo punto de infusión o inyección para administrar diferentes medicamentos.

El volumen de líquido por inyección no debe exceder de 2 ml para lograr una absorción óptima de la medicación y para reducir el malestar del paciente.

Este sistema puede ser utilizado para la infusión subcutánea continua (CSI, por sus siglas en inglés) usando una bomba portátil computerizada, un sistema de infusión elastomérico y un infusor de presión positiva o sistema similar.

Anexo H – Métodos no farmacológicos para el control del dolor

Calor y frío

El calor y el frío se han utilizado a lo largo de los siglos como tratamiento para el dolor. Existen cuatro motivos por los que una enfermera debería abogar por intentar un tratamiento con frío o calor:

- Funciona en algunos pacientes.
- Actúa con rapidez.
- Los efectos adversos son prácticamente inexistentes.
- Puede proporcionar a algunos pacientes o familias una sensación de control considerable sobre el alivio del dolor.

Fundamentos para el tratamiento:

Faltan investigaciones bien fundamentadas al respecto, sin embargo la premisa es que aplicar calor sobre la piel incrementa el flujo sanguíneo y reduce los neurotransmisores, los cuales sensibilizan las fibras nerviosas del dolor. El calor podría competir con la transmisión nerviosa del dolor y, por consiguiente, el cerebro percibe la sensación de calor y reduce la percepción de dolor.

El frío trabaja de manera similar que el calor, compitiendo por la transmisión a través del nervio. Ello crea entumecimiento en el área del dolor y puede resultar especialmente útil cuando el dolor tiene la cualidad de quemante.

El papel de la enfermera:

Realizar las comprobaciones pertinentes en cuanto a la utilización previa de frío o calor. Recordar que algunos pacientes pueden pensar que se está "trivializando" su dolor. Tiene que ser capaz de describir la base científico-racional para animar al paciente, incluso a aquellos con dolor severo que toman grandes dosis de medicación, a que intente los métodos con calor o frío como adyuvante al manejo de su dolor. El calor y el frío se pueden utilizar en niños mayores de seis meses de edad.

Contraindicaciones:

Evite la utilización de calor en las situaciones siguientes:

- en cualquier zona que sangre.
- en las zonas con disminución de la sensibilidad.
- en las primeras 24 horas después de producirse una herida.
- si la persona está utilizando algún producto que contenga mentol (Vicks, etc.).
- dentro de la zona de radioterapia, mientras se administra radiación – se puede usar en esta área a los cinco días después de finalizado el tratamiento, siempre que la piel no esté escamosa, roja o sensible.

Evite la utilización de frío en las situaciones siguientes:

- en las áreas con una circulación pobre (pies diabéticos).
- dentro de la zona de radioterapia, mientras se administra radiación – se puede usar en esta área a los cinco días después de finalizado el tratamiento, siempre que la piel no esté escamosa, roja o sensible
- sobre una herida que esté en proceso de cura.

Aplicación de calor o frío:

- El calor se puede obtener a través de una variedad de fuentes como las almohadillas eléctricas, las botellas de agua caliente y los ungüentos tópicos.
- Utilice una posición entre baja y media para evitar quemaduras.
- La colocación por lo general es por encima de la zona dolorosa. Cuando esto no sea posible (mucho dolor, herida abierta), otras opciones incluyen:
 - por encima de la zona del dolor.
 - por debajo de la zona del dolor.
 - en el lado opuesto del cuerpo (p. ej. si tiene dolor en la parte derecha de la cadera, colóquelo en la parte izquierda).
- Prevenir el contacto directo de la fuente de calor o frío con la piel.
- Cuando se coloca una almohadilla eléctrica a un niño, no se debe dejar nunca desatendido, vigilándolo cada cinco minutos.
- El frío se puede potenciar si se utiliza junto con productos que contengan mentol.
- Cuando se utilice una pomada tópica, hay que aplicar una pequeña cantidad sobre la piel para comprobar si se produce alguna reacción alérgica antes de usarlo sobre el punto de dolor.

Adaptado de: Ferrell, B. & Rhiner, M. (1993). *Managing cancer pain at home*. Duarte, CA: City of Hope National Medical Centre.

Relajación y visualización:

La relajación puede ser conveniente para casi todos los tipos de dolor con el objetivo de reducir la tensión muscular y ansiedad. Puede también utilizarse en niños a partir de 7 años. Los pacientes que ya están en tensión y con dolor podrían beneficiarse de una simple relajación centrada en la respiración profunda y lenta. Asimismo, podría resultar de utilidad la relajación muscular progresiva durante la que los pacientes realizan ejercicios isométricos para relajar de manera sistemática los músculos de pies a cabeza.

Las técnicas de relajación prolongada mejoran en un ambiente tranquilo y colocando al paciente de manera que se sienta cómodo y bien apoyado. El escuchar una sesión de música de relajación puede ayudar al paciente a concentrarse más fácilmente y a no distraerse por el dolor.

Los niños mayores de 5 años, por lo general, pueden participar en terapias con imágenes guiadas. La imaginación es espontánea y natural en los niños. Se pueden concentrar fácilmente, y de este modo desviar su atención del dolor. Sin embargo, se debe tener precaución cuando se utilizan técnicas de relajación y visualización con pacientes que:

- Están confundidos.
- Están somnolientos.
- Poseen un conocimiento sobre el lenguaje de la terapia de relajación limitado.
- Tienen antecedentes psiquiátricos significativos, como tener alucinaciones.

Distracción

La distracción es otra técnica utilizada con los niños para reducir el dolor. La idea es desviar la atención del niño mediante alguna técnica de distracción e involucrarle en alguna tarea más interesante y agradable que el doloroso procedimiento. Puede elegir cualquier actividad de su interés como hacer pompas, un libro especial, un juguete musical o una varita mágica (Kleiber et al., 1999).

Otras terapias

Se admite que otras terapias complementarias como el toque terapéutico, los masajes, la reflexología, el Reiki y la aromaterapia que podrían constituir un complemento no farmacológico útil para el manejo del dolor. Para su puesta en práctica se debe recurrir a personas con una cierta experiencia en su aplicación.

Con el permiso de la Asociación canadiense de enfermería oncológica (Canadian Association of Nurses in Oncology).

Anexo I - Descripción de la herramienta

Herramienta de Implantación de las Guías de práctica clínica

Las Guías de buenas prácticas únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios necesarios para ello. Para este propósito, la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores, ha desarrollado la "*Herramienta de Implantación de Guías de práctica clínica*", basadas en la evidencia existente, perspectivas teóricas y consenso. Se recomienda el uso de esta Herramienta para la implantación de cualquier Guía de buenas prácticas clínicas en una institución de atención sanitaria.

La "Herramienta" orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la Guía. En concreto, la "Herramienta" recomienda que se sigan los siguientes pasos clave:

1. Identificar una Guía de práctica clínica bien desarrollada y basada en la evidencia.
2. Identificar, valorar y lograr el compromiso de las partes interesadas.
3. Valorar si el entorno está preparado para la implantación de la Guía.
4. Identificar y planificar estrategias de implantación basadas en la evidencia.
5. Evaluar la planificación y la implantación.
6. Identificar y garantizar los recursos necesarios para la implantación.

Implantar las Guías en la práctica, de tal manera que se consiga cambiar la práctica clínica con éxito, resulta una tarea extremadamente compleja. La "Herramienta" supone un recurso fundamental para gestionar este proceso.

La "Herramienta" está disponible a través de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Este documento está disponible en formato impreso por un precio simbólico. Asimismo, se puede descargar de forma gratuita en la página web de la RNAO. Para obtener más información, un formulario de pedido o descargar la "Herramienta", visite la página web de la RNAO: www.rnao.org

Anexo J – Resumen de las recomendaciones para la práctica

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

	RECOMENDACIÓN	*GRADO
Parámetros para la valoración del dolor (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Dolor sordo, punzante, etc?); ■ R - Irradiación del dolor (¿El dolor va más allá del foco inicial?); ■ S - severidad del dolor (escala de intensidad de 0 a 10); y ■ T - frecuencia temporal (ocasional, intermitente, continua). 	
	<p>4. Para la valoración de la intensidad del dolor se utiliza una herramienta sistemática y validada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Escala Visual Analógica (EVA); ■ Escala de Valoración Numérica (NRS, por sus siglas en inglés); ■ Escala Verbal; ■ Escala Facial; ■ Escala de Conducta. 	C
	<p>5. La evaluación del dolor también incluye indicadores fisiológicos y conductuales del dolor, y deben ser incluidos en poblaciones como lactantes, niños, personas con deterioro cognitivo y personas con dolor agudo.</p>	C
Valoración integral del dolor	<p>6. Los siguientes parámetros forman parte de una valoración integral del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ exploración física y pruebas relevantes de laboratorio y de diagnóstico; ■ efecto y comprensión de la enfermedad actual; ■ significado del dolor y de la aflicción causada por el dolor; ■ estrategias para afrontar el estrés y el dolor; ■ efectos sobre las actividades de la vida diaria (especialmente en el caso de ancianos frágiles y personas con discapacidad cognitiva); ■ efectos psicosociales y espirituales; ■ variables sociales y psicológicas (ansiedad, depresión); ■ factores situacionales: cultura, idioma, factores étnicos, efectos económicos derivados del dolor y del tratamiento; ■ preferencias personales y expectativas, creencias y mitos sobre los métodos para el manejo del dolor; y ■ preferencias personales y la respuesta frente a la información proporcionada, relacionada con su estado de salud y el dolor. 	C
Revaloración y valoración continuada del dolor	<p>7. Se debe llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El dolor se revalorará cada vez que aparezca un nuevo episodio o se realice un procedimiento, cuando la intensidad aumente, y cuando el dolor no remita con estrategias que antes eran eficaces. ■ El dolor se revalora después de que la intervención haya alcanzado el efecto máximo (15-30 minutos después de la administración del fármaco por vía parenteral, una hora después de la liberación inmediata del analgésico, 4 horas después de que el parche de liberación prolongada de analgésicos o parche transdérmico, 30 minutos después de la intervención no farmacológica) 	C



RECOMENDACIÓN		*GRADO
	<ul style="list-style-type: none"> El dolor agudo postoperatorio debe ser examinado con regularidad en función de la operación y de la intensidad del dolor con cada nuevo informe de dolor o caso de dolor inesperado, y después de la administración de cada analgésico, dependiendo del tiempo del efecto pico. 	
Revaloración y valoración continuada del dolor (continuación)	<p>8. Los siguientes aspectos se incluyen en la revaloración periódica del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> la intensidad del dolor actual, la calidad y la localización; la intensidad máxima soportable del dolor durante las últimas 24 horas, en estado de reposo y de movimiento; el grado de alivio del dolor conseguido: la respuesta (disminución según la escala de intensidad del dolor); las barreras para la implantación del plan de cuidados; los efectos del dolor en las AVD, el sueño y el estado de ánimo; los efectos secundarios de la medicación para el tratamiento del dolor (náuseas, estreñimiento); el nivel de sedación; y las estrategias utilizadas para aliviar el dolor, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> La toma de analgésicos de forma regular o para el dolor irruptivo. Intervenciones no farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> Modalidades físicas Estrategias cognitivas y de comportamiento Estrategias de rehabilitación Cambios de entorno. Reducción de la ansiedad. 	C
Documentación de la valoración del dolor	<p>9. El dolor intenso de aparición inesperada, sobre todo si es repentino o asociado con alteraciones de los signos vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre, debe ser valorado inmediatamente.</p>	C
	<p>10. Registrar en un registro normalizado las experiencias de dolor de cada persona en una población o entorno de cuidados específico. Las herramientas para llevar a cabo el registro incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Valoración inicial, valoración integral y revaloración. Herramientas de monitorización que hagan un seguimiento de la eficacia de la intervención (escala de 0 a 10). 	C
	<p>11. Documentar la valoración del dolor de forma regular y habitual en registros normalizados que sean accesibles a todos los profesionales de salud involucrados en los cuidados.</p>	C
	<p>12. Enseñar a los individuos y a las familias (como subrogados) a registrar la valoración del dolor en las herramientas adecuadas cuando se prestan los cuidados. Esto facilitará sus aportaciones al plan de cuidados y contribuirá a que se sigan, en todos los ámbitos, criterios homogéneos para el manejo del dolor.</p>	C

	RECOMENDACIÓN	*GRADO
Notificación de las conclusiones extraídas de la valoración del dolor	13. Confirmar con las personas o proveedores de cuidados que los resultados de la valoración del dolor (realizada por profesionales de la salud o cuidador) reflejan la experiencia de dolor del individuo	C
	14. Comunicar a los miembros del equipo interdisciplinar los resultados de la valoración del dolor mediante la descripción de los parámetros de dolor obtenidos mediante el uso de una herramienta de valoración estructurada, el alivio o la falta de alivio obtenido con el tratamiento, los objetivos de la persona respecto al tratamiento del dolor y el efecto del dolor en la persona.	C
	15. Abogar a favor del paciente para cambiar el plan de cuidados cuando el dolor no remita. Una vez identificada la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debatirá con los demás miembros del equipo interdisciplinar dicho plan. La enfermera respaldará sus recomendaciones basándose en la evidencia adecuada que fundamente la necesidad de ese cambio con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ■ la intensidad del dolor utilizando para ello una escala validada; ■ las modificaciones en los resultados sobre la intensidad del dolor en las últimas 24 horas; ■ los cambios en la calidad e intensidad del dolor tras la administración de analgésicos y en el tiempo que dura el efecto; ■ la cantidad de medicamentos administrados para el dolor persistente y para el dolor irruptivo durante las últimas 24 horas; ■ el grado de alivio que el paciente espera obtener; ■ el efecto que el dolor continuo tiene en el paciente; ■ la presencia o ausencia de efectos secundarios o tóxicos; y ■ las sugerencias para realizar cambios determinados en el plan de cuidados respaldados por la evidencia. 	C
	16. Informar al paciente o al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> ■ la utilidad de un diario o un registro del dolor (proporcionar una herramienta para ello). ■ la conveniencia de comunicarle al médico que los dolores persisten y respaldar al paciente para que vele por su propia salud. 	C
	17. La responsabilidad ética de informar de las situaciones de dolor persistente a través de cualquier canal de comunicación apropiado de la institución, incluida la documentación del propio paciente o del cuidador.	C
18. Derivar a los pacientes con dolor crónico que no han experimentado ninguna mejoría tras el tratamiento estándar a: <ul style="list-style-type: none"> ■ un especialista competente en el tratamiento de ese tipo específico de dolor; ■ un equipo multidisciplinar que aborde los factores complejos emocionales, psicosociales, anímicos y médicos concomitantes involucrados. 		

RECOMENDACIÓN		*GRADO
TRATAMIENTO		
Establecimiento de un plan para el tratamiento del dolor	<p>19. Establecer un plan de gestión en colaboración con miembros del equipo interdisciplinar que sea coherente con los objetivos individuales y de la familia para aliviar el dolor, teniendo en cuenta los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ los resultados de la valoración; ■ las características basales del dolor; ■ los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor; ■ la etiología; ■ las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas; ■ intervención para el manejo del dolor; y ■ los principales planes de cuidados actuales y futuros. <p>20. Dar por escrito al paciente, a su familia o al cuidador, una copia del plan de cuidados para promover la toma de decisiones y su participación en el manejo del dolor. Se ajustará el plan de acuerdo con los resultados de la valoración y de la revaloración. Los cambios en el plan de cuidados será documentado y comunicado a todos los involucrados en la ejecución del plan.</p>	<p>C</p> <p>A</p>
Tratamiento farmacológico del dolor		
Selección de los analgésicos adecuados	<p>21. Hay que asegurarse de que la elección de analgésicos se adapta a cada persona, teniendo en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ el tipo de dolor (agudo o crónico, nociceptivo y/o neuropático); ■ la intensidad del dolor; ■ los factores que influyen en la toxicidad del analgésico (edad, insuficiencia renal, úlcera péptica, trombocitopenia); ■ el estado general de salud de la persona; ■ los problemas concomitantes de salud; ■ la respuesta a la medicación previa o actual; ■ los costes para el paciente, la familia; y ■ el lugar donde se realizan los cuidados. <p>22. Aconsejar el uso del programa más sencillo para la dosificación de los analgésicos y las modalidades de manejo del dolor menos invasivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tanto para el dolor crónico como para el dolor agudo es preferible la administración por vía oral durante el proceso de curación. ■ Adaptar la vía a la situación de dolor de cada paciente y lugar. ■ Tras una cirugía mayor suele elegirse la administración parenteral por vía intravenosa, ya sea en bolo o mediante infusión continua. ■ La vía intramuscular no es recomendable en adultos, lactantes o niños porque es dolorosa y poco fiable. 	<p>A</p> <p>C</p> <p>B</p>

*GRADO DE RECOMENDACIÓN

RECOMENDACIÓN	*GRADO	
<p>Selección de los analgésicos adecuados (continuación)</p>	<p>23. Utilice un enfoque por pasos para la formulación de las recomendaciones en la selección de los analgésicos que son apropiados para una intensidad de dolor concreta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se recomienda el uso de la Escala analgésica de la OMS para el tratamiento del dolor crónico canceroso. ■ El tratamiento farmacológico del dolor postoperatorio leve o moderado se inicia con paracetamol o AINE. No obstante, si se trata de un dolor de intensidad moderada a severa se debería comenzar por un analgésico opioide. 	B
<p>24. Recomendar la consulta a un experto en el manejo del dolor en situaciones complejas de dolor que incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un dolor que no responde al tratamiento estándar; ■ múltiples focos de dolor; ■ una combinación de dolor neuropático y nociceptivo; y ■ antecedentes de abuso de sustancias. 	C	
<p>25. Reconocer que el acetaminofén o analgésicos no esteroideos, fármacos antiinflamatorios (AINE) se utilizan para el tratamiento del dolor leve y para tipos específicos de dolor como analgésicos coadyuvantes a menos que esté contraindicado.</p>	A	
<p>26. Reconocer que los fármacos coadyuvantes son complementos importantes en el tratamiento de determinados tipos de dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La medicación coadyuvante, como los anticonvulsivos y los antidepresivos, proporciona una analgesia independiente para tipos específicos de dolor. ■ Hay que prestar especial atención en la administración de antidepresivos y anticonvulsivos a personas mayores ya que podrían sufrir efectos secundarios anticolinérgicos y sedativos significativos. 	B	
<p>27. Reconocer que los opioides se utilizan para el tratamiento del dolor de moderado a grave, salvo que esté contraindicado, teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ las dosis previas de analgésicos; ■ la historia previa de tratamiento con opioides; ■ la frecuencia de administración; ■ la vía de administración; ■ la incidencia y severidad de los efectos secundarios; ■ la relación entre las posibles reacciones adversas y la edad; y ■ la función renal. 	A	



*GRADO DE RECOMENDACIÓN

	RECOMENDACIÓN	*GRADO
Selección de los analgésicos adecuados (continuación)	<p>28. Considerar los siguientes principios farmacológicos cuando se utilicen opioides para el tratamiento del dolor severo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los agonistas/antagonistas mixtos (p. ej. pentazocina) no se administran con opioides porque la combinación puede producir un síndrome de abstinencia y aumentar el dolor. ■ Los ancianos obtienen, en general, un mayor valor máximo y una duración más prolongada que los jóvenes en cuanto al efecto de los analgésicos, por eso, las dosis deben ser más bajas al principio y el incremento ha de ser más paulatino ("dosificación con precaución"). ■ El tratamiento de neonatos y lactantes menores de seis meses con opioides requiere precauciones especiales. Las dosis de medicación, incluidas las de anestesia local, deben ser cuidadosamente calculadas en base al peso actual o más adecuado del neonato. Las dosis iniciales no deben exceder la cantidad máxima recomendada. 	B
	<p>29. Tener en cuenta que la petidina está contraindicada para el tratamiento del dolor crónico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ No se recomienda el uso de la petidina para el tratamiento del dolor crónico debido a la acumulación de norpetidina, un metabolito tóxico que podría causar disforia y convulsiones. ■ Se puede utilizar la petidina para el tratamiento de personas sanas, que padezcan puntualmente un episodio de dolor agudo y que no hayan mostrado una reacción inusual (es decir, liberación local de histamina en el lugar de la infusión) o una reacción alérgica a otros opioides como la morfina o la hidromorfona. ■ La petidina está contraindicada en pacientes con insuficiencia renal. 	A
Optimización del alivio del dolor con opioides	<p>30. Asegurarse de que la pauta del analgésico es adecuada a las características personales del paciente, farmacología (es decir, la duración de la acción, el efecto pico y la vida media) y la vía de administración del fármaco.</p>	B
	<p>31. Tener en cuenta que los opioides deben administrarse siguiendo un horario regular de acuerdo con la duración de la acción y dependiendo de lo que se estime que vaya a durar el dolor severo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Si se prevé la aparición de dolor severo durante las 48 horas siguientes a una operación, será necesario instaurar una pauta fija analgésica durante ese periodo. Pasados los primeros días del periodo postoperatorio, los analgésicos pueden resultar efectivos si se administran "a demanda". ■ En el dolor crónico oncológico, los opioides son administrados, a lo largo del día, de acuerdo con la duración de su acción." ■ Los opioides de acción prolongada son más apropiados cuando la dosis requerida es estable. 	A

	RECOMENDACIÓN	*GRADO
Optimización del alivio del dolor con opioides (continuación)	<p>32. Ajustar la dosificación al tipo de dolor hasta obtener la dosis de analgésico que lo mitiga reduciendo al mínimo los posibles efectos secundarios, de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la causa del dolor; ■ la respuesta del paciente a la terapia; ■ el estado de salud; ■ el uso de fármacos concomitantes; ■ el inicio y efecto máximo; ■ la duración del efecto analgésico; ■ la edad; y ■ las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas conocidas de los medicamentos administrados. Las dosis, por lo general, se incrementan cada 24 horas para personas con dolor crónico en preparaciones de liberación inmediata, y cada 48 horas para opioides de liberación controlada. La excepción a esta recomendación es el fentanilo transdérmico, que puede ajustarse cada tres días. 	B
	<p>33. Seguir los siguientes principios en el tratamiento puntual del dolor (dosis de rescate) que se produce entre dosis regulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Las dosis de rescate de analgésicos en periodos postoperatorios dependen de la dosis de base de analgésicos, del ritmo respiratorio del paciente y del tipo de cirugía, y normalmente se administran en bolo a través de una bomba de analgesia controlada por el paciente (PCA, por sus siglas en inglés). ■ La dosis de rescate se debe administrar "si precisa" de acuerdo con el efecto pico del fármaco (vo / vr = q1h; SC / IM = q 30; IV = q 10-15 minutos). ■ Ante un episodio de dolor irruptivo, lo más efectivo es administrar una dosis extra del mismo opioide que se utilice en la "pauta fija". ■ Los pacientes con dolor crónico deberán tener: <ul style="list-style-type: none"> ■ Disponibilidad de un fármaco opioide de liberación inmediata en caso de que presente dolor irruptivo entre tomas. ■ Las dosis de rescate de analgésicos para el dolor continuo por cáncer deben calcularse para que represente entre un 10-15% de la dosis diaria total del analgésico administrado "en pauta fija". ■ La dosis de rescate debe ser ajustada cuando la pauta fija se incrementa. ■ Es necesario ajustar la dosis de base analgésica cuando, en un periodo de 24 horas, el paciente requiere más de 2 ó 3 dosis de rescate y a pesar de ello, el dolor no está controlado. 	C
	<p>34. Utilizar una tabla de equianalgesia para asegurar la equivalencia cuando se cambia un analgésico por otro. En condiciones normales de dolor, si se desea cambiar de forma segura un analgésico por otro, se reducirá al mitad la dosis del nuevo.</p>	C

RECOMENDACIÓN		*GRADO
Optimización del alivio del dolor con opioides (continuación)	<p>35. Asegurarse de que se han prescrito vías alternativas de administración cuando la medicación no pueda tomarse por vía oral, teniendo en cuenta tanto las preferencias del paciente como la vía más eficaz y menos invasiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Las indicaciones para la vía transdérmica incluyen alergia a la morfina, náuseas y vómitos refractarios, y dificultad en la deglución. ■ Se debe considerar el tratamiento con opioides en infusión continua subcutánea para pacientes con cáncer que sufren náuseas y vómitos refractarios, incapacidad para deglutir, o requieren esta vía para evitar continuos picos y valles en el control del dolor. ■ Los costes de la medicación y la tecnología necesaria para su administración (p. ej. bombas de infusión) deben tenerse en cuenta a la hora de elegir ciertas vías alternativas de administración. ■ Se tendrá en cuenta la utilización de agujas de palometa para la infusión discontinua de analgésicos por vía subcutánea. ■ El acceso epidural debe ser llevado a cabo por personal sanitario. 	C
	<p>36. Diferenciar entre adicción a los medicamentos, tolerancia y dependencia para prevenir que esto constituya una barrera a la hora de aliviar el dolor de forma óptima.</p>	A
Seguimiento para la seguridad y eficacia	<p>37. Monitorizar a las personas que toman opioides y que corren un mayor riesgo de padecer una depresión respiratoria, sabiendo que el uso de opioides en las personas que no sufren dolor alguno, o cuando las dosis administradas son más altas de lo necesario para el control del dolor, pueden ralentizar o paralizar la respiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La depresión respiratoria se desarrolla con menos frecuencia en aquellos pacientes cuya dosis de opioides está debidamente ajustada. Aquellos que han tomado opioides durante un tiempo para el control del dolor crónico o relacionado con el cáncer son menos propensos a desarrollar este síntoma. ■ El riesgo de padecer depresión respiratoria aumenta con la administración de opioides por vía epidural o intravenosa, un aumento rápido de la dosis o en caso de insuficiencia renal. 	
	<p>38. Seguimiento de los pacientes que toman analgésicos para detectar la toxicidad y los posibles efectos secundarios. Recomendar un cambio de opioides si, a pesar de un ajuste apropiado de la dosis, no se alivia el dolor y el paciente sufre efectos secundarios refractarios al tratamiento profiláctico como son la mioclonía o la confusión. Se debe tener especial precaución cuando se administran analgésicos a ancianos y a niños.</p>	C
	<p>39. Valorar la eficacia de los analgésicos administrados en intervalos regulares y tras una modificación de la dosis, la vía o el momento de la toma. Se recomienda un cambio de analgésicos cuando los actuales no alivien el dolor.</p>	

	RECOMENDACIÓN	*GRADO
Seguimiento para la seguridad y eficacia (continuación)	40. Buscar a un especialista en el tratamiento del dolor para aquellos pacientes que necesitan incrementar la dosis de opioides cuando ya no son para controlar el dolor.	Punto de buenas prácticas
Anticipación y prevención de los efectos secundarios más comunes de los opioides	41. Anticipar y monitorizar a los pacientes que tomen opioides para prevenir los posibles efectos secundarios más comunes como náuseas, vómitos, estreñimiento y somnolencia, e iniciar el tratamiento profiláctico adecuado.	B
	42. Asesorar a los pacientes sobre los efectos secundarios de los opioides e informarles de que estos pueden controlarse para garantizar la máxima adherencia al régimen terapéutico.	C
	43. Identificar y tratar todas las posibles causas de los efectos secundarios teniendo en cuenta los medicamentos que potencian los efectos secundarios de los opioides: <ul style="list-style-type: none"> ■ sedación – sedantes, tranquilizantes y antieméticos; ■ hipotensión postural – antihipertensivos, tricíclicos; ■ confusión – fenotiazinas, tricíclicos, antihistamínicos y otros anticolinérgicos. 	A
	Náuseas y vómitos	
	44. Valorar a aquellos pacientes que tomen opioides para comprobar si tienen náuseas o vómitos, prestando especial atención a la relación entre el síntoma y el momento de la toma.	C
	45. Asegurarse de que a los pacientes que toman analgésicos opioides de manera habitual se les ha prescrito un antiemético “a demanda”; en caso de que las náuseas y los vómitos persistan, se administrarán de forma continua.	C
	46. Saber que los antieméticos tienen diferentes mecanismos de acción y que la correcta selección del antiemético se basa en el entendimiento de esto y de la etiología del síntoma.	C
	47. Comprobar con cierta frecuencia el efecto del antiemético para determinar el grado de alivio de las náuseas o vómitos y recomendar futuras valoraciones si el síntoma persiste a pesar de que el tratamiento sea el adecuado.	C
	48. Consultar con un médico el cambio de antiemético si se determina que las náuseas o vómitos están directamente relacionados con los opioides y no se produce una mejora con las dosis apropiadas de antieméticos.	C

	RECOMENDACIÓN	*GRADO
	<p>Estreñimiento</p> <p>49. Establecer unas medidas profilácticas para tratar el estreñimiento, salvo que existan contraindicaciones, y monitorizar para prevenir su posible aparición.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Como medida preventiva, para los pacientes que sigan un tratamiento regular con opioides, los laxantes deben ir con prescripción y aumentar su dosis cuando sea necesario hasta alcanzar el efecto deseado. (B) ■ Los laxantes osmóticos ablandan las deposiciones y estimulan el peristaltismo, y podrían ser una alternativa válida para aquellos pacientes que tengan dificultad a la hora de administrar un volumen creciente de pastillas. (B) ■ Los laxantes estimulantes podrían estar contraindicados en caso de impactación fecal. Los enemas y supositorios podrían ser necesarios para solucionar la impactación antes de reanudar los estimulantes por vía oral. (C) 	B/C
	50. Aconsejar a los pacientes sobre posibles cambios en la dieta para mejorar el peristaltismo intestinal, teniendo en cuenta las circunstancias personales (los pacientes gravemente enfermos podrían no tolerarlo) y preferencias.	C
	51. Derivar urgentemente al médico a aquellas personas con estreñimiento que no respondan al tratamiento y que además padezcan dolores abdominales y/o vómitos.	C
	<p>Somnolencia o sedación</p> <p>52. Tener en cuenta que la sedación transitoria es normal e informar al paciente y a la familia o al cuidador de que la somnolencia es muy común al inicio de un tratamiento con opioides y, en consecuencia, cuando se aumente la dosis.</p>	C
	53. Valorar la somnolencia que persiste durante más de 72 horas para determinar la causa subyacente y notificar al médico si va acompañada de confusión o alucinaciones.	C
Anticipar y prevenir el dolor causado por un procedimiento	54. Anticiparse al dolor que pueda aparecer durante ciertos procedimientos (pruebas complementarias, cambios de vendaje, etc.) y combinar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas como medida preventiva.	C
	55. Identificar a los analgésicos y/o los anestésicos locales como la base del tratamiento farmacológico de los procedimientos dolorosos. Los ansiolíticos y los sedantes se utilizan específicamente para la reducción de la ansiedad asociada. Si se utilizan de forma individual, tanto los ansiolíticos como los sedantes, afectan a las respuestas conductuales sin aliviar el dolor.	C

	RECOMENDACIÓN	*GRADO
	56. Cuando se realiza una sedación consciente, asegurarse de que está supervisada por un especialista y que se establece un procedimiento de monitorización adecuado.	C
Educación dirigida al paciente y a la familia	57. Proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios.	A
	58. Asegurarse de que los pacientes entienden la importancia de la comunicación inmediata de la falta de alivio o los cambios producidos en el dolor, las nuevas fuentes o tipos de dolor y los efectos secundarios de los analgésicos.	C
	59. Esclarecer las diferencias entre adicción, tolerancia y dependencia física para evitar que una idea errónea al respecto obstaculice el buen uso de los métodos farmacológicos para el manejo del dolor. <ul style="list-style-type: none"> ■ La adicción (dependencia psicológica) no es una dependencia física o tolerancia y no es habitual en personas que toman opioides para el dolor crónico. ■ Los pacientes que toman opioides para el control del dolor crónico de base pueden mostrar signos de tolerancia que requieran un aumento de la dosis. Sin embargo, la tolerancia no suele ser un problema y el paciente puede mantener la misma dosis durante años. ■ Los pacientes que ya no tienen que seguir tomando opioides tras un tratamiento a largo plazo necesitan reducir la dosis paulatinamente a lo largo de varias semanas para evitar el síndrome de abstinencia debido a la dependencia física. 	A
Documentación efectiva	60. Documentar todas las intervenciones farmacológicas en un registro sistemático del dolor en el que se pueda identificar con claridad el efecto del analgésico en el alivio del dolor. Utilizar este registro para ajustar la dosis de analgésicos con el equipo interdisciplinar. En él se debe anotar la fecha, hora, intensidad, localización y tipo de dolor.	C
	61. Proporcionar al paciente o a la familia un método sencillo para documentar los efectos de los analgésicos durante los cuidados en el domicilio.	C

*GRADO DE RECOMENDACIÓN



RECOMENDACIÓN		*GRADO
Tratamiento no farmacológico del dolor		
Documentación efectiva	62. Combinar los métodos farmacológicos y no farmacológicos para conseguir un manejo eficaz del dolor. <ul style="list-style-type: none"> ■ Los métodos de tratamiento no farmacológicos no deben utilizarse como sustitutivos del tratamiento farmacológico. ■ La selección de los métodos no farmacológicos debe basarse en las preferencias del paciente así como en los objetivos del tratamiento. ■ Antes de aplicar cualquier método no farmacológico, hay que tener en cuenta las contraindicaciones potenciales del mismo. 	C
	63. Establecer estrategias específicas con eficacia reconocida para ciertos tipos de dolor como son la aplicación superficial de calor o frío, masajes, relajación, visualización, y presión o vibración, salvo contraindicaciones.	C
	64. Implantar al inicio del tratamiento intervenciones psicosociales que faciliten la adaptación del paciente y la familia.	B
	65. Establecer intervenciones psicoeducativas como parte del plan general de cuidados para el manejo del dolor.	A
	66. Tener en cuenta que las estrategias cognitivo-conductuales combinadas con un programa de rehabilitación multidisciplinario son un método importante para el tratamiento del dolor crónico benigno.	A

*GRADO DE RECOMENDACIÓN



Marzo de 2007

Guía de buenas prácticas en enfermería

Cómo enfocar el futuro de la enfermería

Suplemento para la valoración y el manejo del dolor

Miembros del equipo de revisión

Doris Howell, RN, PhD

Team Leader

Chair in Oncology, Nursing Research
University Health Network – Princess Margaret
Hospital
Toronto, Ontario

Maria Beadle, RN, CHPCN(c)

Palliative Care Nurse Clinician
St. Joseph's Health Care – Hospital
London, Ontario

Ann Brignell, RN, CHPCN(c)

Palliative Pain & Symptom Management
Consultation Program Lambton & Kent Counties
Sarnia, Ontario

Marilyn Deachman, RN, BA, CHPCN(c)

Consultant/Educator
Oakville, Ontario

Heike Lackenbauer, RN, BScN, CHPCN(c)

Clinical Coordinator and Educator
Lisard House
Cambridge, Ontario

Salima Ladak, RN, BScN, MN, ACNP

Acute Pain Service, TGH
Coordinator, UHN Pain APN Network
University Health Network – Toronto General
Hospital
Toronto, Ontario

Andrea Martin, RN

Network Director
WWD Hospice Palliative Care Network
Kitchener, Ontario

Janice Muir, RN, BSc, BSN, MSc(N)

Clinical Nurse Specialist, Pain Providence Health
Care
Vancouver, British Columbia

Shirley Musclow, RN, MN, ACNP

Chair: Canadian Pain Society Special Interest
Group – Nursing Issues
Nurse Practitioner, Acute Pain Service The
Scarborough Hospital Scarborough, Ontario

Lori Palozzi, RN, MScN, ACNP

Anaesthesia Pain Service
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

c.-)

Coordinator/Educator
Palliative Care Integration Project
Yarker, Ontario

Suzanne Watt, RN, MSc(A), CON(c)

Clinical Nurse Specialist – Pain Management McGill
University Health Centre – Royal Victoria Hospital
Site
Montreal, Quebec

Judy Watt-Watson, RN, PhD

Professor and Associate Dean – Academic Programs
University of Toronto, Faculty of Nursing
Toronto, Ontario

Karen Winter, RN, BScN, MN(cand)

Pain Management Nurse
Royal Victoria Hospital
Barrie, Ontario

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)

Program Manager
Nursing Best Practice Guidelines Program Registered
Nurses' Association of Ontario Toronto, Ontario

Integración del suplemento

Este suplemento de la Guía de buenas prácticas en enfermería el manejo del dolor es el resultado de una revisión programada de tres años. Se ha integrado material adicional en un intento de proporcionar al lector las instrucciones actualizadas que respaldan la práctica. Al igual que la Guía original, este documento debe ser revisado y puesto en práctica en función de las necesidades específicas de la institución, el entorno y las instalaciones, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Este suplemento debe utilizarse junto con la Guía como una herramienta útil para la toma de decisiones sobre la atención personalizada del paciente, así como para garantizar que se dispone de las estructuras y apoyos adecuados para prestar el mejor servicio posible.

El manejo eficaz del dolor continúa siendo un desafío y constituye un objetivo prioritario en el cuidado del paciente. Es evidente que hay una mayor sensibilización en la práctica enfermera sobre el manejo del dolor. Algunas de las iniciativas que han contribuido a esta sensibilización incluyen pero no se limitan a: La "semana nacional para la concienciación sobre el dolor", la inclusión de indicadores del dolor en la normativa del Canadian Council of Health Service Accreditation (CCHSA), una revisión del currículo formativo desde la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (www.iasp-pain.org) y los estándares para el cuidado marcados desde la Sociedad Canadiense del Dolor. La revisión de la literatura más reciente y de las guías sobre el dolor publicadas durante los 3 ó 4 últimos años no sugieren cambios sustanciales en nuestra propuesta para el manejo del dolor.



investen
isciii

RNAO Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario
NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM

Proceso de revisión

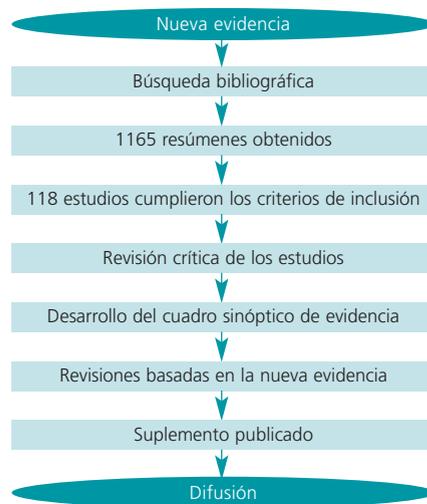
La Asociación Profesional de enfermeras de Ontario (RNAO) se compromete a garantizar que esta Guía de buenas prácticas está basada en la mejor evidencia existente. Con el fin de cumplir con este compromiso, se ha establecido un proceso de revisión y seguimiento de todas y cada una de las Guías cada 3 años. Los miembros del equipo de revisión (especialistas de distintos entornos de práctica clínica) están obligados a revisar la Guía centrándose en las recomendaciones y el alcance original de la misma.

Los miembros del equipo evaluaron de forma crítica siete guías sobre la valoración y el manejo del dolor mediante la herramienta de evaluación de guías Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE Collaboration, 2001). A partir de esta revisión, se identificaron dos guías para informar acerca del proceso de revisión: Estas guías son:

American Pain Society (2005). Guideline for the management of cancer pain in adults and children. Glenview (IL): American Pain Society (APS).

Institute for Clinical Systems Improvement (2006). Assessment and management of acute pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).

Proceso de revisión: diagrama



Definiciones:

Mediante este suplemento, el término “dolor crónico” se ha actualizado por “dolor persistente” y “efectos secundarios” es ahora referenciado como “efectos adversos” para reflejar la terminología actual.

Resumen de evidencias



La siguiente información refleja la evidencia revisada que o bien apoya las recomendaciones de la guía original o bien proporciona evidencia para la revisión. No se eliminó ninguna de las recomendaciones durante el proceso de revisión. Sin embargo sí que se combinaron varias de las recomendaciones y otras fueron reformuladas para hacerlas más claras o reflejar los nuevos avances. Como resultado, la numeración de las recomendaciones ha variado.

Recomendaciones para la práctica

Recomendaciones para la práctica Parte A: Valoración - Cribado del dolor

1. Hacer una valoración, al menos una vez al día (mientras se llevan a cabo otros exámenes rutinarios), de las personas que puedan estar expuestas a algún tipo de dolor mediante preguntas a la familia, al cuidador o al propio paciente sobre la presencia de dolor, molestias o malestar. En situaciones en las que el paciente tiene incapacidad verbal, utilice indicadores para identificar la presencia de dolor.



Grado de recomendación = C

Se ha modificado el texto de esta recomendación para enfatizar la necesidad de realizar un cribado durante otras valoraciones rutinarias, o durante la prestación de cuidados, para todos los pacientes. El dolor está nacional e internacionalmente reconocido como la quinta constante vital (Davis & Walsh, 2004) y el someter a todos los pacientes con dolor a una revisión, respalda este enfoque. Asimismo se hace hincapié en el enfoque del cribado mediante el uso de indicadores del comportamiento en los pacientes con incapacidad verbal.



Bibliografía adicional

APS, 2005; Bird, 2003; Brown, 2004; Cavender et al., 2004; Davis & Walsh, 2004; ICSI, 2006; Malviya et al., 2006; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002

Recomendaciones para la práctica Parte A: Valoración - Parámetros para la valoración del dolor

2. En el caso de los pacientes con las capacidades verbales y cognitivas íntegras, el autoinforme es la fuente principal para la evaluación. En aquellos casos en los que la persona afectada no sea capaz de proporcionar dicho autoinforme (incluidos los niños), se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia o el cuidador.



Grado de recomendación = C

Bibliografía adicional

Bird, 2003; Brown, 2004; Cavender et al., 2004; Kaasalainen & Crook, 2003; Kleiber et al., 2001; Malviya et al., 2006; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002



3. Se ha seleccionado una herramienta sistemática y validada para la valoración de los siguientes parámetros básicos del dolor:



Grado de recomendación = C

- localización del dolor;
- efectos de dolor en funciones y actividades de la vida diaria (p. ej., trabajo, interferencia con las actividades usuales, etc.);
- nivel de dolor en estado de reposo o durante la actividad;
- manejo de la medicación y los efectos adversos;
- factores desencadenantes o precipitantes;
- calidad del dolor (¿Qué palabras utiliza la persona para describir el dolor? dolorido, lacerante);

<ul style="list-style-type: none"> ■ radiación del dolor (¿Va el dolor más allá del foco inicial?); ■ la severidad del dolor (escala de intensidad de 0 a 10), síntomas relacionados con el dolor; y la frecuencia temporal (ocasional, intermitente, constante). <p>El texto de esta recomendación se ha modificado. Los parámetros básicos para la valoración del dolor siguen siendo importantes y están respaldados por la literatura, pero existen otros métodos para enfocar la valoración de los parámetros del dolor además del PQRST. Se han añadido otros parámetros para la valoración del dolor para asegurar que la recomendación está completa. Entre estos se incluye, por ejemplo, los efectos adversos de la medicación y todo síntoma relacionado con el dolor que haya experimentado el paciente. Véase el Anexo C (p. 21 de este suplemento) para ver ejemplos adicionales de ayuda mnemotécnica que pueden ser utilizados para realizar una valoración básica del dolor.</p> <p>Bibliografía adicional Bird, 2003; Brown, 2004; Kleiber et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel Lewis et al., 2002</p>	+
<p>4. Para la valoración de la intensidad del dolor se utiliza una herramienta sistemática y validada.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Escala visual analógica (EVA); ■ Escala numérica (NRS por sus siglas en inglés); ■ Escala verbal; ■ Escala facial; ■ Escala de comportamiento. 	
<p>Se ha cambiado el grado de recomendación de C a A, basándose en la evidencia de la investigación que aboga por el uso de una herramienta validada para la valoración del dolor.</p> <p>La selección de una herramienta apropiada para la valoración del dolor se basa en la adecuación de su uso en la población del paciente (Bird, 2003). Por favor, obsérvese que se han incluido revisiones de las herramientas relativas a esta recomendación en los anexos - véase el Anexo B de este suplemento (p. 21) donde se incluye un resumen de herramientas para la valoración del dolor en neonatos, lactantes y niños.</p> <p>Bibliografía adicional Bird, 2003; Brown, 2004; Cavender et al., 2004; Jensen et al., 2002; Kleiber et al., 2001; Krulewitch et al., 2000; Malviya et al., 2005; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p>5. La valoración del dolor en poblaciones de pacientes que no pueden proporcionar un autoinforme (no comunicativos) debe incluir indicadores de comportamiento, y utilizar medidas estandarizadas e indicadores fisiológicos cuando sea necesario.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	
<p>El texto de esta recomendación se ha cambiado para centrarse en el uso de indicadores de comportamiento estándares para la valoración del dolor en pacientes con la capacidad comunicativa limitada, complementado con indicadores fisiológicos cuando sea necesario. Véase en el Anexo E de este suplemento (p.22) un ejemplo de herramienta para valorar la conducta en adultos mediante una lista de indicadores no verbales.</p> <p>Bibliografía adicional Bird, 2003; Brown, 2004; Cavender et al., 2004; Feldt, 2000; Kaasalainen & Cook 2003; Kleiber et al., 2001; Krulewitch et al., 2000; Malviya et al., 2006; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<h2 style="margin: 0;">Recomendaciones para la práctica Parte A: Valoración - Valoración integral del dolor</h2>	
<p>6. Los siguientes parámetros forman parte de una valoración integral del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ exploración física, documentación relevante de laboratorio y diagnóstica; ■ efecto y comprensión de la enfermedad actual; ■ historia sobre el dolor; 	

<ul style="list-style-type: none"> ■ significado del dolor y del sufrimiento causado por este (actual y anterior); ■ estrategias para afrontar el estrés y el dolor; ■ efectos que tiene en las actividades de la vida diaria; ■ efectos psicosociales y espirituales; ■ variables sociales y psicológicas (ansiedad, depresión); ■ factores situacionales: cultura, idioma, factores étnicos, efectos económicos del dolor y del tratamiento; ■ preferencias personales y expectativas, creencias y mitos sobre los métodos para el manejo del dolor; y ■ preferencias personales y respuesta frente a la información recibida, relacionada con su estado de salud y el dolor. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	+
<p>El texto de esta recomendación se ha modificado para subrayar que las experiencias pasadas del paciente con el dolor constituyen una parte importante de la valoración completa del mismo. La experiencia previa que se ha tenido con el dolor y la historia podría tener un impacto sobre el estado actual de dolor. Como resultado, tanto la historia de dolor como cualquier malestar que derive de ello deben formar parte de la valoración integral del dolor.</p> <p>Bibliografía adicional Alamo et al., 2002; APS, 2005; Bird, 2003; Brown, 2004; ICSI, 2006; Kleiber et al., 2001; Krulewitsch, 2000; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002</p>	
<h2 style="margin: 0;">Recomendaciones para la práctica Parte A:</h2> <h3 style="margin: 0;">Valoración - Revaloración y valoración continuada del dolor</h3>	
<p>7. Se debe llevar a cabo una reevaluación periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La intensidad y función del dolor (impacto en las AVD) se reevaluará cada vez que aparezca un nuevo episodio o se realice un nuevo procedimiento, cuando aumente la intensidad, y cuando el dolor no remita con estrategias que antes eran eficaces. ■ La efectividad de la intervención (farmacológica y no farmacológica) se reevalúa cuando la intervención alcanza el efecto máximo (p. ej. en el caso de los opioides: 15-30 minutos tras la administración por vía parenteral; 1 hora tras los analgésicos de liberación inmediata). ■ El dolor agudo postoperatorio debe evaluarse con cierta regularidad en función de la operación y de la intensidad del dolor, con cada nuevo episodio de dolor o en caso de un dolor inesperado y tras la administración de cada analgésico, teniendo en cuenta el momento en el que éste alcanza su máximo efecto. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	
<p>El texto de la recomendación se ha cambiado para enfatizar el hecho de que la enfermera debe llevar a cabo una reevaluación de la intensidad o severidad del dolor tras implantar una intervención para el dolor (farmacológica o no) para determinar su eficacia.</p> <p>Bibliografía adicional APS, 2005; Bird, 2003; Brown, 2004; Jensen & Chen, 2002; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	
<p>8. Los siguientes parámetros deben ser monitorizados de forma continua en situaciones de dolor persistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ intensidad del dolor actual, calidad y localización; ■ intensidad máxima soportable de dolor durante las últimas 24 horas, en estado de reposo y de movimiento; ■ grado de alivio del dolor conseguido-respuesta (disminución según la escala de intensidad del dolor); ■ obstáculos para la implantación del plan de cuidados; ■ efectos del dolor en las AVD, el sueño y el estado de ánimo; ■ efectos adversos de la medicación del tratamiento del dolor (por ejemplo: náuseas y estreñimiento., Estreñimiento); ■ nivel de sedación; y ■ estrategias, tanto farmacológicas como no farmacológicas, utilizadas para aliviar el dolor. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	
<p>El texto de esta recomendación se ha modificado para aclarar que los parámetros anteriormente mencionados forman parte de la reevaluación continuada de los pacientes en situación de dolor persistente. demuestra el nivel de compromiso con la práctica orientada a la familia.</p> <p>Bibliografía adicional Bird, 2003; Brown, 2004; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	

<p>9. Se debe evaluar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado con alteraciones de las constantes vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre. <i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional APS, 2005</p>	+
<h3>Recomendaciones para la práctica Parte A: Valoración - Documentación de la valoración del dolor</h3>	
<p>10. Realizar un registro de las experiencias personales de dolor específicas de un grupo de pacientes y de un centro sanitario mediante un formulario normalizado. Las herramientas para llevar a cabo el registro incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración inicial, valoración integral y reevaluación. ■ Herramientas de monitorización para hacer un seguimiento de la eficacia de la intervención (escala de 0 a 10). <i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional Bird, 2003; Brown, 2004; Kaasalainen & Crook, 2003; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p>11. Documentación de la valoración del dolor de forma regular y sistemática en un formulario normalizado accesible a todo el personal sanitario implicado en el cuidado. <i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional Bird, 2003; Brown, 2004; Van Dijk et al., 2002</p>	+
<p>12. Enseñar a pacientes y familiares (como subrogados) a documentar la valoración del dolor con las herramientas adecuadas cuando se presten cuidados. Esto facilitará sus aportaciones al plan de cuidados y contribuirá a que se sigan, en todos los ámbitos, criterios homogéneos para el manejo del dolor. <i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional Bird, 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<h3>Recomendaciones para la práctica Parte A: Evaluación - Notificación de las conclusiones extraídas de la valoración del dolor</h3>	
<p>13. Confirmar con los pacientes o con los cuidadores que las conclusiones de la valoración del dolor (obtenidas por el personal sanitario, el paciente y el cuidador) reflejan realmente la experiencia vivida por el propio paciente. <i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional Alamo et al., 2002; Bird, 2003; Brown, 2004; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p>14. Comunicar al equipo interdisciplinar las conclusiones de la valoración del dolor los parámetros obtenidos mediante la herramienta de valoración estructurada, el alivio (o a la ausencia de éste) obtenido por los métodos de tratamiento y los efectos adversos relacionados, los objetivos que el paciente espera alcanzar con dicho tratamiento y los efectos que el dolor causa en el enfermo. <i>Grado de recomendación = C</i></p>	✎
<p>El texto de esta recomendación se ha modificado para resaltar la necesidad de incluir la experiencia del paciente relacionada con los efectos adversos del tratamiento y obtenida mediante los procesos de comunicación con los miembros del equipo. Bibliografía adicional Brown, 2004; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+

<p>15. Abogar a favor del paciente para cambiar el plan de cuidados cuando el dolor no remita. Una vez identificada la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debatirá con los demás miembros del equipo interdisciplinar dicho plan. La enfermera respaldará sus recomendaciones basándose en la evidencia adecuada que fundamente la necesidad de ese cambio con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la intensidad del dolor utilizando para ello una escala validada; ■ las modificaciones en los resultados sobre la intensidad del dolor en las últimas 24 horas; ■ los cambios en la calidad e intensidad del dolor tras la administración de analgésicos y el tiempo que dura el efecto; ■ la cantidad de medicamentos administrados para el dolor persistente y para el dolor irruptivo durante las últimas 24 horas; ■ el grado de alivio que el paciente espera obtener; ■ el efecto que el dolor no aliviado tiene en el paciente; ■ la presencia o ausencia de efectos adversos o de toxicidad; y ■ las sugerencias para algunos cambios determinados en el plan de cuidados respaldados por la evidencia. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional Brown, 2004; Cavender et al., 2004; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p>16. Informar al paciente o al cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la utilidad de un diario o un registro del dolor (proporcionar una herramienta para ello); y ■ informar al personal sanitario correspondiente de los dolores persistentes y respaldar al paciente para que vele por su propia salud. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	
<p>El texto de esta recomendación se ha modificado para reflejar que la comunicación relacionada con el dolor no aliviado debe ser dirigida al profesional sanitario correspondiente, y no únicamente al médico.</p> <p>Bibliografía adicional Bird, 2003; Brown, 2004; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p>17. La responsabilidad ética de informar de las situaciones de dolor persistente a través de cualquier canal de comunicación apropiado de la institución, incluida la documentación del propio paciente o del cuidador.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional Brown, 2004; Van Dijk et al., 2002</p>	+
<p>18. Derivar a los pacientes con dolor persistente que no han experimentado ninguna mejoría tras el tratamiento estándar a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un miembro del equipo de profesionales sanitarios especializado en el manejo de ese tipo concreto de dolor; ■ un equipo multidisciplinar que aborde los factores emocionales complejos, psicosociales, anímicos y médicos con comitantes involucrados. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	
<p>El texto de esta recomendación se ha modificado para enfatizar que se puede derivar a los pacientes con dolor persistente no aliviado a cualquier profesional sanitario del equipo, especializado en la valoración y el manejo del dolor. El único propósito por el que se ha modificado esta recomendación es la aclaración, ya que la intención sigue siendo la misma.</p> <p>Bibliografía adicional Cavender et al., 2004; Kleiber et al., 2001</p>	+
<p>Recomendaciones para la práctica. Parte B: Manejo - Establecimiento de un plan para el manejo del dolor</p>	
<p>19. Establecer, con ayuda del equipo interdisciplinar, un plan de cuidados compatible con los objetivos de alivio del dolor, tanto del paciente como de su familia y teniendo en cuenta los factores siguientes:</p>	✓

- los resultados de la evaluación;
- las características de base del dolor;
- los factores físicos, psicológicos y socioculturales que constituyen la experiencia del dolor;
- la etiología;
- las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas;
- las intervenciones para el manejo y
- los principales planes de cuidados actuales y futuros.

Grado de recomendación = C

Bibliografía adicional

Brown, 2004; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002

+

20. Dar por escrito al paciente, a su familia o al cuidador, una copia del plan de cuidados para promover la toma de decisiones y su participación en el manejo del dolor. Se ajustará el plan de acuerdo con los resultados de la evaluación y de la reevaluación. Hay que documentar y comunicar cada uno de los cambios introducidos en el plan de cuidados a todas las personas involucradas en su implantación.

✓

Grado de recomendación = A

Bibliografía adicional

Alamo et al., 2002; Brown, 2004; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002

+

Recomendaciones para la práctica. Parte B: Manejo, tratamiento farmacológico del dolor - Selección de los analgésicos adecuados

Por favor, obsérvese que: Las recomendaciones de esta sección se han reorganizado para reflejar con más precisión el proceso del cuidado. Es apropiado optar por la derivación (actualmente recomendación 27) tras haber considerado todos los demás aspectos en la selección de analgésicos

21. Hay que asegurarse de que la elección de analgésicos se adapta a cada persona, teniendo en cuenta lo siguiente:

- el tipo de dolor (agudo, persistente, nociceptivo o neuropático);
- la intensidad del dolor;
- los factores que influyen en la toxicidad del analgésico (p. ej., edad, insuficiencia renal, úlcera péptica, trombocitopenia);
- el estado general de salud de la persona;
- los problemas simultáneos de salud;
- la respuesta a la medicación previa o actual;
- los costes para el paciente y la familia; y
- el centro sanitario



Grado de recomendación = A

El texto de esta recomendación se ha modificado para aclarar los diferentes tipos de dolor que hay que tener en cuenta a la hora de seleccionar un analgésico. En relación con los factores que influyen en la toxicidad del analgésico, los indicadores proporcionados se identifican solo como ejemplos, para enfatizar que estas NO son las únicas situaciones en las que la toxicidad constituye un problema. El único propósito por el que se ha modificado esta recomendación es la aclaración, ya que la intención sigue siendo la misma.

+

Bibliografía adicional

Akrofi et al., 2005; Block et al., 2003; Cepeda et al., 2005; Devulder et ál., 2005; Maltoni et al., 2005; Murat et al., 2003; Rogers & Ostrow, 2004

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

- Adaptar la vía a las necesidades específicas de cada paciente según el tipo de dolor y el lugar donde se va a proporcionar el cuidado.
- Tanto para el dolor crónico como para el dolor agudo es preferible la administración por vía oral durante el proceso de curación.



<ul style="list-style-type: none"> ■ Tras una cirugía mayor suele elegirse la administración parenteral por vía intravenosa, ya sea en bolo o mediante una infusión continua. ■ Se tendrá en cuenta la utilización de palomillas para la infusión discontinua de analgésicos por vía subcutánea. ■ La analgesia regional proporciona alivio en una zona concreta y es una modalidad efectiva para el manejo del dolor en ciertas poblaciones, por lo que debe tenerse en cuenta. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La vía intramuscular no es recomendable porque es dolorosa y poco fiable. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = B</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La analgesia epidural controlada por el paciente es más efectiva que la analgesia intravenosa en algunas intervenciones quirúrgicas y se debe tener en cuenta en pacientes que reúnan los requisitos necesarios. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = A</i></p>	
<p>El texto de esta recomendación se ha modificado para incluir algunas modalidades adicionales para el manejo del dolor. En un metaanálisis dirigido por Block et ál.(2003) se revisaron 100 estudios sobre el uso de la terapia epidural versus los opioides administrados por vía parenteral en el postoperatorio. Se llegó a la conclusión de que la analgesia epidural controla mejor el dolor que los opioides administrados por vía parenteral, independientemente del tipo de analgésico, la colocación del catéter (localización), y el tipo y momento de la valoración del dolor. Una revisión Cochrane realizada por Nishimori et ál. (2006) evalúa las ventajas e inconvenientes de una analgesia epidural postoperatoria en comparación con el alivio sistémico proporcionado por los opioides en los adultos que son sometidos a una operación de la aorta abdominal. Comprobaron que la vía epidural proporciona un mejor alivio durante los tres primeros días postoperatorios.</p> <p>Bibliografía adicional</p> <p>APS, 2005; Block et al., 2003; Cepeda et al., 2005; Murat et al., 2003; Nishimori et al., 2007</p>	
<p>23. La selección del tipo de analgésico para el tratamiento farmacológico se realizará de forma gradual en función de la intensidad del dolor salvo contraindicaciones debidas a la edad, insuficiencia renal u otras cuestiones relacionadas con el fármaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El dolor de intensidad leve a moderada debe ser tratado con paracetamol o AINE, a menos que la persona tenga antecedentes de úlcera o un trastorno hemorrágico. ■ El dolor de intensidad moderada a severa debe ser tratado con un analgésico opioide, teniendo en cuenta el uso, dosis, preparación previa de opioides y las estrategias para prevenir los posibles efectos adversos. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = B</i></p>	
<p>El texto de esta recomendación se ha modificado.</p> <p>Bibliografía adicional</p> <p>Block et al., 2003; Cepeda et al., 2005; Devulder et ál., 2005; Maltoni et al., 2005</p>	
<p>24. Admitir que un enfoque multimodal del analgésico es más efectivo para el tratamiento del dolor e incluye el uso de medicación coadyuvante como parte del tratamiento del dolor leve y de algunos tipos específicos de dolor, salvo contraindicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La medicación coadyuvante como los anticonvulsivos, AINE y antidepresivos es un complemento importante ya que proporciona una analgesia independiente para el tratamiento de tipos específicos de dolor, como el dolor neuropático. ■ Se debe empezar con dosis bajas y tener precaución a la hora de administrar medicación coadyuvante a los ancianos que puedan experimentar importantes efectos adversos anticolinérgicos y sedantes. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = A</i></p>	
<p>El texto de esta recomendación se ha cambiado al hacer una combinación de las recomendaciones 24 y 25 para enfatizar la importancia de un enfoque multimodal en la elección del analgésico. Existe una firme evidencia que respalda el uso de los AINE en combinación con otros opioides analgésicos para el manejo del dolor postoperatorio (Cepeda et al., 2005., 2005). Una revisión sistemática realizada por McNicol et al. concluyeron que los AINE son más efectivos que el placebo para el dolor relacionado con el cáncer; aunque no existe una clara evidencia para respaldar que un AINE sea mejor que otro; y que los ensayos de combinaciones de AINE con un opioide no han revelado diferencia alguna (4/14 documentos), o una superioridad insignificante estadísticamente (1/14 documentos) o una ligera pero estadísticamente significativa ventaja (9/14 documentos), comparado con cada uno de los analgésicos por separado.</p> <p>El uso de los anticonvulsivos está respaldado por una revisión sistemática de Wiffen et ál.(2007) en personas que experimentan dolor neuropático persistente, sin embargo, esta revisión no encontró evidencia sobre la efectividad de los anticonvulsivos en situaciones de dolor agudo.</p>	

<p>Bibliografía adicional Cepeda et al., 2005; Devulder et ál., 2005; ICSI, 2006; Maltoni et al., 2005; McNichol et al., 2007; Wiffen et al., 2007</p>	
<p>25. Considerar los siguientes principios farmacológicos cuando se utilicen opioides para el tratamiento del dolor severo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los agonistas / antagonistas combinados (p. ej., pentazocina) no se administran con opioides porque pueden producir síndrome de abstinencia y aumentar el dolor. ■ Los ancianos obtienen, en general, un mayor valor máximo y una duración más prolongada que los jóvenes en cuanto a efecto analgésico, por eso las dosis deben ser más bajas al principio y el incremento ha de ser más paulatino ("dosificación con precaución"). ■ El tratamiento de neonatos y lactantes menores de seis meses con opioides requiere precauciones especiales. Las dosis de medicación, incluidas las de anestesia local, deben ser cuidadosamente calculadas en base al peso actual o más adecuado del neonato. Las dosis iniciales no deben exceder la cantidad máxima recomendada. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = B</i></p>	✓
<p>26. Tener en cuenta que no se recomienda el uso de la petidina para el tratamiento del dolor crónico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El uso de la petidina está contraindicado para el tratamiento del dolor persistente debido a la acumulación de norpetidina, un metabolito tóxico que podría causar disforia y convulsiones. La naloxona no revierte los efectos tóxicos producidos por la petidina. ■ La petidina tiene un uso limitado en caso de dolor agudo debido a la falta de eficacia del fármaco y a la acumulación de metabolitos tóxicos, que puede suceder durante las 72 horas siguientes a su administración. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = A</i></p>	
<p>Se ha modificado el texto de esta recomendación para enfatizar el hecho de que no se recomienda la petidina para el tratamiento del dolor.</p>	+
<p>27. Se aconseja consultar a un experto en el manejo del dolor cuando se trate de una situación compleja que incluya, pero no se limite a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ dolor que no responde al tratamiento estándar; ■ múltiples focos de dolor; ■ mezcla del dolor neuropático y del nociceptivo. y ■ antecedentes de abuso de sustancias. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Devulder et ál. (devulder et ál. (2005) confirman la necesidad de unas guías que sean específicas para cada tipo de dolor y que apoyen la práctica basada en la evidencia así como la toma de decisiones. Los profesionales sanitarios deben contemplar la consulta de las guías de práctica clínica para cada tipo específico de dolor y abogar por su uso en la práctica.</p> <p>Bibliografía adicional Devulder et ál., 2005</p>	+
<p>Recomendaciones para la práctica. Parte B: Manejo, tratamiento farmacológico del dolor - Selección de los analgésicos adecuados</p>	
<p>28. Asegurarse de que el momento de la administración de los analgésicos es el apropiado de acuerdo con las características personales del paciente, la farmacología (i. e., la duración de la acción, el efecto máximo y la vida media) y la vía de administración.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = B</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional Akrofi et al., 2005; Cepeda et al., 2005</p>	+
<p>29. Tener en cuenta que los opioides deben administrarse siguiendo un horario regular de acuerdo con la duración de la acción y dependiendo de lo que se estime que vaya a durar el dolor severo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Si se prevé la aparición de dolor severo durante las 48 horas siguientes a una operación, será necesario instaurar una pauta fija analgésica durante ese periodo. Pasados los primeros días del periodo postoperatorio, los analgésicos pueden resultar efectivos si se administran "a demanda. 	✓

<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuando se trata de un dolor persistente relacionado con el cáncer, los opioides se administran de manera continua, de acuerdo con la duración de acción. ■ Los opioides de acción prolongada son más apropiados cuando la dosis requerida es estable. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = A</i></p>	
<p>Bibliografía adicional Devulder et ál., 2005; Lam et al., 2001</p>	+
<p>30. Ajustar la dosificación al tipo de dolor hasta dar con la dosis de analgésico que mitiga el dolor, reduciendo al mínimo los posibles efectos adversos y de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la causa del dolor; ■ la respuesta del paciente al tratamiento; ■ el estado de salud; ■ el uso de fármacos concomitantes. ■ el inicio y el efecto máximo; ■ la duración del efecto analgésico; ■ la edad; y ■ las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas conocidas de los medicamentos administrados. Normalmente a las personas con dolor persistente se les suele aumentar la dosis cada 24 horas con preparados de liberación inmediata, y cada 48 horas a aquellas que son tratadas con opioides de liberación sostenida. La excepción a esta recomendación es el fentanilo transdérmico, que puede ajustarse cada tres días. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = B</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional Devulder et ál., 2005; Maltoni et al., 2005</p>	+
<p>31. Tratar de inmediato el dolor que tiene lugar entre las dosis habituales de analgésicos (dolor irruptivo) respetando los siguientes principios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Las dosis de rescate de analgésicos en periodos postoperatorios dependen de la dosis de base analgésica, del ritmo respiratorio del paciente y del tipo de cirugía, y normalmente se administran en bolo a través de una bomba de analgesia controlada por el paciente (PCA, por sus siglas en inglés) o por vía epidural. ■ La dosis de rescate de analgésicos deberá administrarse "a demanda" y de acuerdo con el efecto máximo del medicamento (v.o./v.r.= cada hora; s.c.= cada 30 min.; i.v.= cada 10-15 min.). ■ Ante un episodio de dolor irruptivo, lo más efectivo es administrar una dosis extra del mismo opioide que se utilice en la "pauta fija". ■ Los pacientes con dolor crónico deberán tener: <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de un fármaco opioide de liberación inmediata en caso de que presente dolor irruptivo entre tomas. • Las dosis de rescate de analgésicos para el dolor continuo por cáncer deben calcularse para que represente entre un 10-15% de la dosis diaria total del analgésico administrado "en pauta fija". • Cuando se incremente la dosis de la medicación de base, se debe ajustar también la dosis de rescate. • Es necesario ajustar la dosis de base analgésica cuando, en un periodo de 24 horas, el paciente requiere más de 2 ó 3 dosis de rescate y, a pesar de ello, el dolor no está controlado. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	
<p>Se ha modificado el texto de esta recomendación para incluir el uso de la vía epidural como opción de medicación de rescate en cualquier situación clínica.</p> <p>Bibliografía adicional Block et al., 2003</p>	+
<p>32. Utilizar una tabla de equianalgesia para asegurar la equivalencia cuando se cambia un analgésico por otro. En condiciones normales de dolor, si se desea cambiar de forma segura un analgésico por otro, se reducirá al mitad la dosis del nuevo 25-50%</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	

<p>Se ha modificado esta recomendación para reflejar que la dosificación de un nuevo analgésico, cuando sustituye a otro, se reducirá en un 25-50% y no a la mitad como se recomendaba antes.</p> <p>Bibliografía adicional National Comprehensive Cancer Network, 2005</p>	+
<p>33. Asegurarse de que se han prescrito vías alternativas cuando la medicación no puede administrarse por vía oral, o si se producen náuseas y vómitos refractarios, teniendo en cuenta la vía más efectiva y menos invasiva, las preferencias del paciente, el lugar de administración, los costes y los recursos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Preparados transdérmicos para personas con dolor persistente. ■ Infusiones subcutáneas continuas de opioides para el dolor persistente relacionado con el cáncer. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = A</i></p>	
<p>Se ha modificado la redacción de esta recomendación para hacer algunas aclaraciones, pero la intención de esta sigue siendo la misma.</p> <p>Bibliografía adicional Block et al., 2003; Murat et al., 2003; Rogers & Ostrow, 2004</p>	+
<p>34. Diferenciar entre adicción a los medicamentos, tolerancia y dependencia para prevenir que esto constituya una barrera a la hora de aliviar el dolor de forma óptima.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = A</i></p>	✓
Monitorización como medida de seguridad y eficacia	
<p>35. Monitorizar a las personas que siguen un tratamiento con opioides, teniendo en cuenta que si se administra en situaciones sin dolor, o en dosis más altas de las necesarias, o en dosis que no han sido ajustadas correctamente, puede derivar en una depresión o una parada respiratoria.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = A</i></p>	
<p>Se ha modificado la forma de redactar esta recomendación para centrarse en la necesidad de monitorizar a todas las personas que tomen opioides. El equipo de revisión aprobó por consenso la necesidad de enfatizar que la naloxona (un opioide antagonista) debe utilizarse con precaución para reducir los efectos inducidos por los opioides como la depresión respiratoria sin invertir o alterar por completo el efecto analgésico.</p> <p>Bibliografía adicional APS, 2005</p>	+
<p>36. Monitorizar al paciente cuando sigue un tratamiento con opioides para prevenirlo de la toxicidad potencial de estos manifestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Efectos adversos inaceptables que incluyen, aunque no se limitan a la mioclonía, la confusión y el delirio, refractarios al tratamiento profiláctico. ■ Falta de alivio del dolor cuando la dosificación es la apropiada. Aconsejar un cambio en el plan de cuidados, si precisa. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	
<p>Se ha modificado la forma de redactar esta recomendación para una mejor comprensión de la misma y para enfatizar la necesidad de monitorizar los niveles de toxicidad por seguridad.</p> <p>Bibliografía adicional Cepeda et al., 2005</p>	+
<p>37. Evaluar la eficacia de los analgésicos administrados en intervalos regulares y tras una modificación de la dosis, la vía o el momento de la toma. Se recomienda un cambio de analgésicos cuando los actuales no alivien el dolor.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	
<p>Se ha modificado la forma de redactar esta recomendación para centrarse en el papel activo que desempeñan las enfermeras a la hora de identificar la necesidad y recomendar un cambio de analgésico.</p>	+
<p>38. Enviar a un especialista en el tratamiento del dolor a aquellos pacientes que necesiten incrementar la dosis de opioides cuando ya no se consiga controlar el dolor. La evaluación debe incluir la valoración de síntomas residuales y otras causas de dolor, como el dolor neuropático.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	
<p>Se ha modificado la forma de redactar esta recomendación para enfatizar la necesidad de derivar a un especialista en el tratamiento del dolor, en las situaciones descritas anteriormente.</p>	+

Monitorización como medida de seguridad y eficacia

<p>39. Anticipar y monitorizar a los pacientes que tomen opioides para prevenir las posibles reacciones adversas más comunes como náuseas, vómitos, estreñimiento y somnolencia, e iniciar un tratamiento profiláctico según con venga.</p>		
<p><i>Grado de recomendación = A</i></p>		
<p>No se ha modificado la forma de redactar esta recomendación, sin embargo el grado de la recomendación es “A” ya que, en ensayos clínicos controlados y aleatorizados recientes, se ha recomendado la necesidad de un tratamiento profiláctico para los efectos adversos como el estreñimiento.</p>		+
<p>Bibliografía adicional Cepeda et al., 2005; Maltoni et al., 2005</p>		
<p>40. Avisar a los pacientes de que los efectos adversos de los opioides se pueden controlar para garantizar el seguimiento del tratamiento.</p>	✓	
<p><i>Grado de recomendación = C</i></p>		
<p>41. Identificar y tratar todas las causas potenciales de los efectos adversos, teniendo en cuenta los medicamentos que pueden potenciar los efectos adversos de los opioides:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sedación: sedantes, tranquilizantes y antieméticos. ■ Hipotensión postural: antihipertensivos, tricíclicos. ■ Confusión: fenotiazinas, tricíclicos, antihistamínicos y otros anticolinérgicos. 	✓	
<p><i>Grado de recomendación = A</i></p>		
<h3>Recomendaciones para la práctica. Parte B: Manejo, tratamiento farmacológico del dolor - Anticipar y prevenir los efectos adversos más comunes de los opioides: náuseas y vómitos</h3>		
<p>42. Evaluar a aquellos pacientes que tomen opioides para comprobar si tienen náuseas o vómitos, prestando especial atención a la relación entre el síntoma y el momento de la toma. Asegurarse de que estos pacientes tienen prescritos antieméticos para su uso “si precisa”, o bien en pauta fija en caso de náuseas o vómitos persistentes.</p>		
<p><i>Grado de recomendación = C</i></p>		
<p>Se ha modificado la forma de redactar esta recomendación y se ha combinado con la recomendación original 45 para esclarecer y concretar.</p>		+
<p>Bibliografía adicional Cepeda et al., 2005</p>		
<p>43. Saber que los antieméticos tienen diferentes mecanismos de acción y que la correcta selección del antiemético se basa en el entendimiento de esto y de la etiología del síntoma.</p>	✓	
<p><i>Grado de recomendación = C</i></p>		
<p>44. Comprobar con cierta frecuencia el efecto del antiemético para determinar el grado de alivio de las náuseas o vómitos y recomendar futuras evaluaciones si el síntoma persiste a pesar de que el tratamiento sea el adecuado.</p>	✓	
<p><i>Grado de recomendación = C</i></p>		
<p>45. Consultar con el médico el cambio de antiemético si se determina que las náuseas o vómitos están directamente relacionados con los opioides y no se nota una mejoría con las dosis apropiadas de antieméticos.</p>		
<p><i>Grado de recomendación = C</i></p>		
<p>Se ha variado la redacción de esta recomendación para enfatizar que la enfermera debe consultar con el médico el cambio de antiemético. Este cambio se ha realizado para dar a conocer el papel que tienen las enfermeras y otros profesionales a la hora de iniciar las órdenes para el tratamiento.</p>		+

Recomendaciones para la práctica. Parte B: Manejo, tratamiento farmacológico del dolor - Anticipar y prevenir los efectos adversos más comunes de los opioides - El estreñimiento

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

- Como medida preventiva, para los pacientes que sigan un tratamiento regular con opioides, deben prescribirse laxantes e ir aumentando la dosis lo necesario, hasta alcanzar el efecto deseado.

Grado de recomendación = B

- Los laxantes osmóticos ablandan las heces y estimulan el peristaltismo, y podrían ser una alternativa válida para aquellos pacientes que tengan dificultad a la hora de manejar un volumen creciente de pastillas.

Grado de recomendación = B

- Los laxantes estimulantes podrían estar contraindicados en caso de impactación fecal. Los enemas y supositorios podrían ser necesarios para solucionar la impactación antes de reanudar los estimulantes por vía oral.

Grado de recomendación = C

- Se deben evitar los agentes que aumentan el volumen del bolo fecal cuando la motilidad intestinal está comprometida, por ejemplo, con opioides.

Grado de recomendación = C



Se ha modificado el texto de esta recomendación para incluir la advertencia sobre evitar el uso de agentes aumentadores del volumen del bolo fecal cuando se produzca una disminución de la motilidad intestinal. Los laxantes aumentadores del volumen del bolo fecal son efectivos a la hora de proporcionar una distensión mecánica que promueva la función intestinal. Sin embargo, es necesaria la ingesta abundante de líquidos para evitar la sequedad y el endurecimiento de las heces (Pappagallo, 2001) ,y la obstrucción potencial del intestino. Estos agentes deben reservarse para aquellos que no reciben una terapia con opioides a largo plazo y que son capaces de mantener un nivel de hidratación apropiado; Se debe tener precaución para evitar su uso en aquellos que tengan restricciones de líquidos, las personas encamadas o aquellas con estenosis u obstrucción parcial (Herndon, 2002; Pappagallo, 2001).



Bibliografía adicional

Herndon et al., 2002; Pappagallo, 2001

47. Aconsejar a los pacientes sobre posibles cambios en la dieta para mejorar el peristaltismo intestinal, teniendo en cuenta las circunstancias personales (los pacientes gravemente enfermos podrían no tolerarlo) y preferencias.

Grado de recomendación = C



48. Aquellas personas con estreñimiento que no respondan al tratamiento y que además padezcan dolores abdominales y/o vómitos deben ser urgentemente derivadas al personal sanitario adecuado.

Grado de recomendación = C



El texto de esta recomendación se ha modificado para reflejar que se debe derivar al especialista correspondiente y no únicamente al médico. Se ha realizado este cambio para mostrar el alcance de la práctica enfermera.



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

Grado de recomendación = C



Recomendaciones para la práctica. Parte B: Manejo, tratamiento farmacológico del dolor - Anticipar y prevenir los efectos adversos comunes de los opioides - Somnolencia y sedación

50. Notificar al profesional sanitario oportuno los estados de confusión o alucinaciones para evaluar la somnolencia que persiste durante más de 72 horas, para determinar la causa subyacente.

Grado de recomendación = C



El texto de esta recomendación se ha modificado para manifestar la necesidad de derivar al especialista correspondiente, y no exclusivamente al médico, cuando la confusión o las alucinaciones se den junto con la somnolencia. Se ha realizado este cambio para mostrar el alcance de la práctica enfermera.

+

Recomendaciones para la práctica. Parte B: Manejo, farmacológico Manejo del dolor - Anticipar y prevenir el dolor causado por un procedimiento

51. Anticiparse al dolor que pueda aparecer durante los procedimientos, tales como los exámenes médicos o los cambios de vendaje, la retirada de un tubo torácico, la inserción o retirada de una vía, etc
- Combinar opciones tanto farmacológicas (p. ej., anestésicos tópicos) como no farmacológicas para la prevención.
 - Anticipar y prevenir el dolor cuando se llevan a cabo procedimientos con lactantes para prevenir la sensibilización al dolor en un futuro.
- Grado de recomendación = A*



Se ha modificado esta recomendación para reflejar una mayor atención en la prevención del dolor en lactantes. El grado de recomendación ahora es "A", basándose en una evidencia reciente y sólida, relacionada con la prevención del dolor en niños causado por el procedimiento.

+

Hay una evidencia sólida proveniente de un ensayo clínico controlado y aleatorizado (RCT por sus siglas en inglés) que apoya la prevención del dolor causado por los procedimientos. El uso de técnicas no farmacológicas, como las terapias cognitivo-conductuales, junto con métodos farmacológicos, es una propuesta muy valiosa para combatir el malestar secundario a los procedimientos (Murat et ál.,2003., 2003). La conclusión que se extrajo de la revisión sistemática dirigida por Uman et ál.(2007) indica que hay una evidencia preliminar de una variedad de intervenciones cognitivo-conductuales (distracción, intervenciones cognitivo-conductuales combinadas e hipnosis) que puede utilizarse en niños y adolescentes para tratar o reducir el dolor y las molestias asociadas aquellos procedimientos relacionados con punciones. Sin embargo, se dieron cuenta de que no hay información suficiente para valorar la eficacia de otras intervenciones psicológicas.

Bibliografía adicional

Akrofi et al., 2005; Cavendar et al., 2004; Kleiber et al., 2001; Murat et al, 2003; Rogers & Ostrow, 2004; Uman et al., 2007

52. Identificar a los analgésicos y/o los anestésicos locales como la base del tratamiento farmacológico de los procedimientos dolorosos. Los ansiolíticos y los sedantes se utilizan específicamente para la reducción de la ansiedad asociada. Si se utilizan de forma individual, tanto los ansiolíticos como los sedantes, afectan a las respuestas conductuales sin aliviar el dolor.
- Grado de recomendación = C*



Bibliografía adicional

Akrofi et al., 2005; Murat et al., 2003; Rogers & Ostrow, 2004

+

53. Cuando se realiza una sedación consciente, hay que asegurarse de que está supervisada por un especialista y que se establece un procedimiento de monitorización adecuado.
- Grado de recomendación = C*



El texto de esta recomendación se ha modificado para actualizar el término «sedación consciente» por «sedación moderada». Véase el Anexo A (p. 21) para consultar la definición de sedación consciente.

+

Bibliografía adicional

Murat et al., 2003

Recomendaciones para la práctica. Parte B: Manejo, tratamiento farmacológico del dolor - Educación dirigida al paciente y la familia

<p>54. Proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, mediante un enfoque individualizado, prestando especial atención a las estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos adversos y la corrección de falsos mitos.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = A</i></p>	
<p>Se ha modificado la redacción de esta recomendación para enfatizar la importancia de un método individualizado para la educación del paciente. Cheung et al. (Cheung et ál. (2004) exploraron gracias a un ECA el efecto de las intervenciones psicoeducativas con información proporcionada antes de la cirugía (en concreto, intervenciones cognitivas de distracción y reevaluación) en los resultados postoperatorios de mujeres chinas. Concluyeron que la información antes de una operación, asociada a estas estrategias, tiene un beneficio clínico significativo en el cuidado de las mujeres sometidas a una histerectomía selectiva.</p> <p><i>Bibliografía adicional</i> Cheung et al, 2004; Lam et al., 2001</p>	<p>+</p>
<p>55. Asegurarse de que los pacientes entienden la importancia de la comunicación inmediata de la falta de alivio o los cambios en el dolor, las nuevas fuentes o tipos de dolor y los efectos secundarios de los analgésicos.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	<p>✓</p>
<p>56. Esclarecer las diferencias entre adicción, tolerancia y dependencia física para evitar que una idea errónea al respecto obstaculice el buen uso de los métodos farmacológicos para el tratamiento del dolor.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La adicción es una dependencia psicológica y no suele darse en personas que toman opioides para el tratamiento de un dolor persistente. ■ Los pacientes con un tratamiento a largo plazo con opioides para el control del dolor pueden mantener la misma dosis durante varios años, aunque también pueden necesitar un aumento de la misma al mostrar signos de tolerancia. La tolerancia no suele ser un problema y el paciente puede mantener la misma dosis durante años. ■ Los pacientes que ya no tienen que seguir tomando opioides, tras un tratamiento a largo plazo, necesitan reducir la dosis paulatinamente a lo largo de varias semanas para evitar el síndrome de abstinencia debido a la dependencia física. 	
<p>El único propósito por el que se ha modificado esta recomendación es la aclaración de la misma, sin modificar su intencionalidad. En una revisión sistemática dirigida por Devulder et ál. (2005) se reconoció que los opioides son la terapia preferente para el manejo a largo plazo del dolor persistente. Encontraron mejoras importantes en pronósticos funcionales, incluida la calidad de vida, y confirmaron que este enfoque del tratamiento está asociado a una seguridad y eficacia positivas. No obstante, observaron la necesidad de establecer el impacto de la tolerancia física y otros resultados, que se sabe que provienen del uso prolongado de opioides, en el estado funcional de los pacientes.</p> <p><i>Bibliografía adicional</i> Brown, 2004; Devulder et ál., 2005</p>	<p>+</p>
<p>Recomendaciones para la práctica. Parte B: Manejo, tratamiento farmacológico del dolor - Documentación efectiva</p>	
<p>57. Documentar todas las intervenciones farmacológicas en un registro sistemático del dolor en el que se pueda identificar con claridad el efecto del analgésico en el alivio del dolor. Utilizar este registro para ajustar la dosis de analgésicos con el equipo interdisciplinar. En él se debe anotar la fecha, hora, intensidad, localización y tipo de dolor.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	<p>✓</p>
<p><i>Bibliografía adicional</i> Akrofi et al., 2005</p>	<p>+</p>
<p>58. Proporcionar al paciente o a la familia un método sencillo para documentar los efectos de los analgésicos durante los cuidados en el domicilio.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	<p>✓</p>

Recomendaciones para la práctica. Parte B: Manejo, tratamiento no farmacológico

59. Combinar los métodos farmacológicos y no farmacológicos para conseguir un manejo eficaz del dolor. Los métodos de tratamiento no farmacológicos no deben utilizarse para reemplazar a los tratamientos farmacológicos. Antes de aplicar cualquier método no farmacológico, hay que tener en cuenta las contraindicaciones potenciales del mismo. La selección de métodos no farmacológicos debe basarse en las preferencias personales y puede incluir estrategias como:

- Aplicación de calor y frío superficialmente;
- Masaje;
- Relajación;
- Visualización;
- Presión o vibración; y
- Música.



Grado de recomendación = A

Las recomendaciones 62 y 63 de la guía original se han combinado y modificado en esta. Existe una fuerte evidencia, incluidos los estudios aleatorizados, que respalda el uso de una combinación de métodos farmacológicos y no farmacológicos para el manejo del dolor.

Diversos estudios aleatorizados de extensión variable respaldan el grado de recomendación "A" para el uso del masaje (Poitrowski et al., 2003), relajación (Roykulcharoen & Good, 2004), imaginería (Laurion & Fetzer, 2003), y música (Laurion & Fetzer, 2003; Voss et al., 2004). La utilización de la música como estrategia es un añadido a la recomendación original. H. a. Intervenciones cognitivas y conductuales para el dolor agudo.



Bibliografía adicional

Antall & Krevesic, 2004; APS, 2005; Brown, 2004; Eccleston et ál., 2006; Good et al., 2002; Hatton, 2002; Hatton, 2002; ICSI, 2006; Laurion & Fetzer, 2003; Mehling et al., 2005; Poitrowski et al., 2003; Roykulcharoen & Good; Taylor et al., 2005; Voss et al., 2004; Wirth et al., 2005

60. Implantar al inicio del tratamiento intervenciones psicosociales y educativas que faciliten la adaptación del paciente y la familia.



Grado de recomendación = A

Se ha modificado la recomendación para incluir el uso tanto de intervenciones educativas como psicosociales para facilitar el afrontamiento. Hay evidencia a partir de estudios aleatorizados de la eficacia de estas intervenciones, y por lo tanto el grado de recomendación se ha cambiado a "A". Cheung et al. (2003), descubrieron en un ensayo clínico controlado, que las intervenciones psicosociales, junto con la información proporcionada antes de una operación, tenían efectos positivos significativos en los resultados clínicos (ansiedad, dolor y satisfacción).



Bibliografía adicional

Antall & Krevesic, 2004; Cheung et al., 2003

61. Establecer intervenciones psicoeducativas como parte del plan general de cuidados para el manejo del dolor.



Grado de recomendación = A

Se ha modificado esta recomendación para incluir intervenciones educativas, junto con otras intervenciones psicoeducativas, como parte de un enfoque integral del manejo del dolor. La literatura médica sigue apoyando la utilización de intervenciones psicoeducativas como parte del plan de cuidados. Watt-Watson et al. (2004) evaluaron una intervención educativa con preadmisión para reducir el dolor y las interferencias relacionadas con la actividad tras una cirugía de bypass coronario. Averiguaron que aunque el grupo de intervención no experimentó una mejora global en el manejo del dolor, sí percibió una reducción de las interferencias relacionadas con el dolor en las actividades y menos preocupaciones a la hora de tomar analgésicos.



<p>Bibliografía adicional Antall & Krevesic, 2004; Barlow & Ellard, 2004; Cheung et al, 2002; Good et al., 2002; LeFort et al., 1998; McGillion et al., 2004; Roykulcharoen & Good, 2004; Schofield, 2002; Voss et al., 2004; Watt-Watson et al., 2004</p>	
<p>62. Tener en cuenta que las estrategias cognitivo-conductuales combinadas con otros enfoques, incluida la rehabilitación multidisciplinar, pueden ser un método muy útil para el tratamiento del dolor crónico no maligno. <i>Grado de recomendación = A</i></p>	
<p>El texto de esta recomendación se ha modificado para remarcar que las estrategias cognitivo-conductuales no son suficientes para manejar todos los tipos de dolor.</p> <p>Bibliografía adicional Bogduk et ál., 2005; Butter et al., 2005; Chiu et al., 2005; Cheung et al., 2002; Eccleston et ál., 2006</p>	<p>+</p>
<h2 style="text-align: center;">Recomendaciones para la formación</h2>	
<p>63. Las enfermeras preparadas para empezar a trabajar en la práctica clínica deben conocer los principios sobre la valoración y el tratamiento del dolor. <i>Grado de recomendación = C</i></p>	<p>✓</p>
<p>Bibliografía adicional Ravaud et al., 2004</p>	<p>+</p>
<p>64. Los principios de valoración y manejo del dolor deben estar incluidos en los programas de orientación y hacerlos accesibles a través de las oportunidades de desarrollo profesional de la institución. <i>Grado de recomendación = C</i></p>	<p>✓</p>
<p>Bibliografía adicional Ravaud et al., 2004</p>	<p>+</p>
<p>65. Los programas formativos deben estar diseñados de manera que faciliten la modificación de los conocimientos, aptitudes y creencias de las enfermeras sobre la valoración y el manejo del dolor y asegurar así el apoyo a las prácticas a través de los diferentes grupos de población y centros. <i>Grado de recomendación = C</i></p>	
<p>El texto de esta recomendación se ha modificado para resaltar que la formación en enfermería debería enfocarse hacia grupos de población diferentes para apoyar una atención individualizada al paciente.</p> <p>Bibliografía adicional Brown, 2004; Ravaud, 2004; Watt-Watson et al. 2004</p>	<p>+</p>
<p>66. Los programas formativos deben respaldar que el conocimiento se lleve a la práctica, y deben dirigir los recursos necesarios para apoyarla (p. ej., principios corporativos, modificaciones en la práctica, sistemas de recordatorio, eliminación de barreras, etc.) a través de los diferentes grupos de población y centros. <i>Grado de recomendación = C</i></p>	
<p>El texto de esta recomendación se ha modificado para enfatizar la necesidad de un enfoque educativo que reconozca los recursos requeridos para una implantación con éxito, y la necesidad de grupos de población y entornos específicos. Meijers et al. (2006) estudiaron la relación entre los factores contextuales y el uso de la investigación en enfermería e identificaron seis factores que eran estadísticamente significativos: el papel de la enfermera, el acceso multifacético a los recursos, el clima (cultural) organizativo, el apoyo multifacético, el tiempo para las actividades de investigación y la provisión de formación. La conclusión general de los autores fue que los resultados del estudio se mezclaron y que esos factores no son necesariamente los únicos, o los más importantes, de la práctica enfermera. Se deben llevar a cabo más investigaciones para identificar qué factores contextuales son congruentes para mejorar el uso de la investigación.</p> <p>Bibliografía adicional Brown, 2004; Meijers et al., 2006</p>	<p>+</p>

Recomendaciones para la organización y directrices

<p>67. Los órganos reguladores de enfermería deben asegurar que los principios de práctica enfermera incluyen la adopción de unas normas de responsabilidad para el manejo del dolor.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>68. Las instituciones sanitarias deben tener un sistema de documentación para apoyar y reforzar un enfoque normalizado para la valoración y el manejo del dolor.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional Alley et al., 2001; Dahl et al., 2003</p>	+
<p>69. Las instituciones sanitarias deben tener recursos pedagógicos a disposición de los pacientes y sus familias o cuidadores para su participación en la obtención de un alivio del dolor adecuado.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional Meijers et al., 2006</p>	+
<p>70. Las instituciones sanitarias tienen que demostrar su compromiso en relación al reconocimiento del dolor como un problema prioritario. La política debe apoyar claramente o dirigir las expectativas del personal para que conviertan el alivio del dolor en una prioridad.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Un estudio descriptivo correlacional realizado por Alley (2001) examinó la influencia que la política institucional oficial tiene sobre las prácticas enfermeras en cuanto al manejo del dolor se refiere en centros de atención terciaria. Se dio cuenta de que el conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor y su sentido de la responsabilidad al respecto estaba íntimamente relacionado con el conocimiento de la política institucional sobre el manejo del dolor crónico. Las implicaciones para la práctica enfermera incluyen un aumento de la comprensión de la influencia que una política institucional podría tener sobre las mejoras en el manejo del dolor.</p>	+
<p>Bibliografía adicional Alley, 2001</p>	
<p>71. Las organizaciones de salud deben asegurar que los recursos estén disponibles para toda persona, familia o cuidador, y personal sanitario, con el fin de proporcionar una valoración y un manejo del dolor efectivos, como puede ser el acceso a expertos en el manejo del dolor.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Bibliografía adicional Meijers et al., 2006</p>	+
<p>72. Las organizaciones sanitarias deben apoyar un enfoque interdisciplinar para los cuidados relacionados con el dolor.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Con el fin de tener éxito a la hora de implantar los cuidados para combatir el dolor basados en la evidencia, las instituciones necesitan considerar aquellos métodos para la implantación que respalden un enfoque interdisciplinar del cuidado (Rycroft-Malone, 2002) como parte de la cultura global de la institución.</p> <p>Bibliografía adicional Brown, 2004; Rycroft-Malone, 2002</p>	+

<p>73. Las organizaciones sanitarias deben disponer de unos sistemas de mejora de la calidad instaurados con el fin de monitorizar el manejo del dolor mediante el continuum de los cuidados .</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p>Los componentes clave para la implantación con éxito de las buenas prácticas en el manejo del dolor son la evaluación y la monitorización. Una evaluación continua se debe llevar a cabo a diferentes niveles, e incluir las experiencias de las enfermeras en la Guía, su adhesión a las recomendaciones, las vivencias de los pacientes con sus cuidados y los resultados clínicos (Wallin, Profetto- McGrath & Levers, 2005). Hacer referencia a la Guía (pág. 92) para hacer un resumen según la estructura aconsejada, el proceso y los indicadores de resultado para que las instituciones se planteen una mejora de la calidad de los métodos de monitorización.</p> <p><i>Bibliografía adicional</i> Wallin, Profetto-McGrath & Levers, 2005</p>	+
<p>74. A la hora de planificar estrategias educativas, se deben tener en cuenta los métodos más efectivos para la divulgación y la implantación de las recomendaciones de la Guía. Estos métodos incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El uso de un modelo de cambio de comportamiento para guiar el desarrollo de estrategias para la implantación. ■ La utilización de una combinación de estrategias para influir en la modificación de la práctica. ■ El diseño de estrategias de implantación que tenga en cuenta la influencia del entorno organizativo. <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = A</i></p>	✓
<p>Existen numerosos modelos que promueven un enfoque estructurado para poner en práctica la evidencia de la investigación, y modificar los modelos que pueden utilizarse para guiar el desarrollo de estrategias para la implantación. Se ha constatado gracias a una revisión sistemática de ensayos aleatorizados que, aunque hay muchas estrategias para influir en la modificación de la práctica, el método más efectivo es aquel que utiliza una combinación de estrategias (Oxman et ál. 1995). Rycroft-Malone et al. (2002) analizaron la importancia del entorno institucional (o cultural) como elemento clave en el marco de implantación de la evidencia en la práctica.</p> <p><i>Bibliografía adicional</i> Davies, 2002; Oxman et al., 1995; Rycroft-Malone et al., 2002</p>	+
<p>75. Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y un respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos para ello. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación de la preparación institucional y los obstáculos para la formación. ■ Implicar a todos los miembros (tengan función de apoyo directo o indirecto) que contribuirán al proceso de implantación. ■ Dedicación de un individuo cualificado para proporcionar el apoyo necesario a los procesos de formación e implantación. ■ Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas. ■ Oportunidades para reflexionar acerca de la experiencia personal y organizativa a la hora de implantar las Guías. <p>Para este propósito, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores) ha desarrollado la "<i>Herramienta de Implantación de las Guías de práctica clínica</i>", basadas en la evidencia disponible, perspectivas teóricas y consenso. Recomendamos el uso de esta Herramienta para orientarse en la implantación de la Guía sobre la valoración y el manejo del dolor de la RNAO.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado de recomendación = C</i></p>	✓
<p><i>Bibliografía adicional</i> Dobbins, Davies, Danseco, Edwards & Virani, 2005; Graham, Harrison, Brouwers, Davies & Dunn, 2002; Meijers et al., 2006</p>	+

Estrategias de implantación

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario y el equipo de desarrollo de la Guía han recopilado una lista de estrategias de implantación que sirvan de ayuda a las organizaciones sanitarias o a las disciplinas relacionadas con los cuidados en salud que están interesadas en la implantación de esta Guía. A continuación se presenta un resumen de las estrategias mencionadas:

- Tener al menos a una persona dedicada a esta labor, como puede ser una enfermera experimentada o una enfermera clínica que dé apoyo, experiencia clínica y aporte sus conocimientos. La persona debe tener habilidades interpersonales, facilitadoras y para la gestión de proyectos.
- Llevar a cabo una evaluación de las necesidades de la institución relacionadas con la valoración y el manejo del dolor con el fin de identificar los conocimientos actuales y las necesidades de formación futuras.
- Crear una visión que ayude a dirigir los cambios y desarrollar estrategias para alcanzarla y mantenerla.
- Establecer un comité directivo interdisciplinario integrado por los miembros que sean clave para liderar la iniciativa de cambio. Identificar los objetivos a largo y corto plazo.
- Identificar y respaldar a los defensores designados en cada unidad para promover y apoyar la implantación de las buenas prácticas. Celebrar los hitos y logros, reconociendo el trabajo bien hecho (Davies & Edwards, 2004).
- Dar apoyo institucional como puede ser el tener estructuras en el centro que faciliten las buenas prácticas en el cuidado del dolor. Por ejemplo, tener una filosofía organizativa que refleje el valor de las buenas prácticas a través de las políticas y los procedimientos. Desarrollar nuevas herramientas de evaluación y registro. (Davies & Edwards, 2004).
- Las iniciativas relacionadas con el dolor nacidas en el seno de una institución deben apoyarse en las normas de la Sociedad Canadiense del Dolor (CPS por sus siglas en inglés) y el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud (CCHSA) para respaldar la implantación y la sostenibilidad de los cambios en la práctica.

Lagunas en la investigación e implicaciones

Con el fin de apoyar a las enfermeras en la prestación de unos cuidados óptimos del dolor y beneficiar la práctica, hay que llevar a cabo investigaciones complementarias en las siguientes áreas:

- Los efectos a largo plazo de los opioides en el dolor de poblaciones específicas - poblaciones clínicas mayores de 20 años (sin cáncer) para respaldar la evolución de las prácticas en estas áreas en lo que concierne a la no adicción.
- La investigación relacionada con la tolerancia física, el síndrome de abstinencia y la adicción con el uso de opioides a largo plazo.
- El afrontamiento y relación con el dolor
- La administración de opioides por vía subcutánea mediante inyección o infusión - eficacia del método.

Anexos

En el proceso de revisión no se ha identificado necesidad alguna de incluir anexos adicionales, sin embargo, se han hecho varias anotaciones sobre actualizaciones en los anexos siguientes.

Anexo A: Glosario de términos clínicos.

A la hora de dirigir la evaluación de una familia, la enfermera entabla una relación con esta para valorar su percepción del hecho en cuestión y su capacidad para tratarlo.

Preguntas tipo sobre las áreas clave de la valoración familiar

Se han añadido los siguientes términos al glosario:

Dolor mixto: La etiología del dolor mixto incluye componentes inflamatorios y neuropáticos (Medscape, 2007).

Efecto pico (o máximo): La cantidad de medicación en sangre que representa el nivel más elevado durante el ciclo de administración de un fármaco (Mosby, 2006).

Vida media: s el tiempo que necesita la mitad de una sustancia (p. ej un fármaco) introducida en un sistema vivo en ser

eliminada o desintegrada de modo natural.

Multimodal: Relativo a tener o utilizar más de un método o modalidad (Medline Plus, 2007). Por ejemplo, el manejo multimodal del dolor implica varios métodos, incluida la medicación, y estrategias cognitivas y conductuales.

No comunicativo o con habilidad comunicativa limitada: Aquella persona incapaz de comunicarse ya sea a través del lenguaje oral, escrito o mediante recursos con soporte tecnológico.

Se ha revisado el siguiente término encontrado en la Guía (pág. 103).

Sedación consciente: Este término se ha reemplazado por el de "sedación moderada", que se define como una depresión de la conciencia inducida mediante un fármaco durante la cual los pacientes responden con determinación a órdenes verbales (p. ej. abrir los ojos por sí solos o mediante un suave estímulo táctil, como un ligero toque en el hombro o en la cara, y no con un movimiento brusco). No se requiere ninguna intervención específica para mantener la vía aérea y la ventilación espontánea es adecuada. Normalmente la función cardiovascular se mantiene (Cote, Wilson & Work Group on Sedation, 2006).

Anexo B: Herramientas para la valoración del dolor en neonatos, lactantes y niños.

Se han añadido las siguientes herramientas como ejemplo de instrumentos validados que los clínicos pueden utilizar para cubrir las necesidades de valoración de las poblaciones pediátricas específicas.

Ejemplo 1: Lista de control del dolor para niños que no pueden comunicarlo (NCCPC por sus siglas en inglés):

Esta herramienta ha demostrado una validez y fiabilidad preliminares para medir el dolor en niños con discapacidad cognitiva severa, y se han incluido detalles de la misma en este suplemento por consenso del equipo. Podría utilizarse con niños que experimenten dolor postoperatorio (NCCPC-PV) o en niños que precisan cuidados a largo plazo en centros o en el domicilio (NCCPC-R). La NCCPC-PV se compone de seis subescalas (vocal, social, facial, actividad, cuerpo y extremidades, y signos fisiológicos) y mide 27 variables durante 10 minutos de observación. Durante ese periodo de observación, el observador puntúa cada variable en una escala que va hasta 3 puntos (de "en absoluto" (1 punto) a "muy a menudo" (3 puntos), y luego los suma para obtener la puntuación total.

Referencias bibliográficas:

- L., G. A., McGrath, P. & Camfield, C. (2002). s., Dolor. *Anesthesiology*, 96(3), 528-535.
L., McGrath, P., Camfield, C. G. A. (2002). s., Dolor – (revised. *Pain*, 99(1-2), 349-357.

Ejemplo 2: Escala de dolor de caras revisada (FPS-R por sus siglas en inglés)

Escala facial de Wong-Baker, In. a. Evaluación Dolor Evaluación, Dolor – (revised).. La escala revisada tiene seis caras, numeradas con 0, 2, 4, 6, 8 y 10 (Wong-Baker utiliza una escala puntuada de 0 a 5) que tiene una fuerte correlación positiva con la escala numérica 0-10. Las caras de esta escala no ilustran sonrisas o lágrimas (como hace la de Wong-Baker), lo que reduce el riesgo potencial de confusión basado en la expresión de la cara. Los recursos neutrales utilizados en la escala de dolor de caras revisada se consideran más apropiadas para niños. Está disponible en inglés, francés y en otros veinticuatro idiomas.

Referencias bibliográficas:

- C., C., Spafford, P., I. B. (2001). Dolor – (revised).: a. In *Dolor. Pain*, 93(2), 173-183.

■ La escala de dolor de caras revisada está disponible en: *Pediatric Pain Sourcebook of Protocols, Policies and Pamphlets*. www.painsourcebook.ca.

Anexo C: Preguntas tipo para la valoración inicial del dolor.

En la literatura podemos encontrar varios métodos mnemotécnicos destacados que pueden utilizarse para estructurar la valoración inicial del dolor. Además del método mnemotécnico PQRST (por sus siglas en inglés), el personal sanitario podría plantearse el uso de alguno de los siguientes métodos mnemotécnicos basados en las necesidades del entorno práctico:

EJEMPLO 1: PAINED (DOLORIDO)

Posición: localización del dolor (podría tratarse de varios sitios).

Alcance: referido a la intensidad del dolor (escala de 0 a 10), inicio, duración, patrón de dolor.

Intensificadores: ¿Qué es lo que hace que el dolor empeore? (i. e., la actividad, la posición, el momento del día, el estrés, etc.).

Nulidad (anuladores): ¿Qué es lo que ayuda a mitigar el dolor? (i. e., el tipo y la cantidad de medicación, los métodos no farmacológicos).

Efectos: efecto del dolor en la calidad de vida., apetito, sociales); y los efectos adversos de los analgésicos.

Descriptor: descripción de la calidad del dolor., i. e., molesto, lacerante, quemante, punzante, opresivo, etc.).

EJEMPLO 2: OLDCART (acrónimo en inglés)

Origen: ¿Cuándo comenzó el dolor?

Localización: ¿Dónde se localiza el dolor? (podría ser en varios sitios).

Duración: ¿Cuánto dura el dolor? ¿Es un dolor persistente o irruptivo?

Características: ¿Cómo es el dolor? ¿Es quemante, agudo, punzante o pulsátil, etc.?

Agravantes: ¿Qué es lo que hace que el dolor empeore., caminar). **Recuperación:** ¿Qué factores ayudan a mitigar el dolor? Preguntar por los métodos no farmacológicos. **Tratamiento:** ¿Qué medicamentos le van bien? ¿Ha padecido efectos secundarios debidos a la medicación?

Anexo E: Herramientas para la valoración del dolor en adultos

Lista de control de indicadores no verbales de dolor (CNPI por sus siglas en inglés)

La Lista de indicadores no verbales de dolor fue diseñada para valorar la conducta del dolor en personas mayores con discapacidad cognitiva tras una operación. Es una herramienta de observación que incluye seis conductas a las que se les da una puntuación en reposo y en movimiento: la presencia de un indicador de dolor se puntúa con un 1, mientras que la ausencia de dicho indicador correspondería al 0. Las puntuaciones intermedias (se recapitulan las de en estado de reposo y en movimiento) así como una calificación total. Los seis indicadores son: quejas verbales (no verbales: gemidos, quejidos, llanto, jadeos); muecas o gestos de dolor (fruncir el ceño o apretar los dientes); sujeción (agarrarse o sujetarse a unas barras paralelas, a la cama o la zona afectada cuando se produce un movimiento); inquietud (cambio de posición [constante o intermitente], incapacidad para quedarse quieto); fricción (masajear la zona afectada); verbalización de las molestias (palabras que expresen malestar o dolor: "eso duele", "ay", maldecir cuando se mueve, etc.) No hay ninguna puntuación máxima para reflejar la intensidad del dolor, no obstante la presencia de cualquier indicador de la conducta del dolor puede ser un indicio de éste y requiere una evaluación más a fondo, intervenciones y la monitorización por parte del profesional sanitario.

Referencias bibliográficas:

- Feldt, K. (2000). The checklist of non-verbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1), 13-21.
- The Checklist of Non-verbal Pain Indicators (CNPI) is available online at: John Hartford Institute for Geriatric Nursing and the Alzheimer's Association –
Assessing Pain in Persons with Dementia. <http://www.hartfordign.org/publications/trythis/assessingPain.pdf>

Cuando se realiza una valoración integral del dolor, se debe tener en cuenta la repercusión de este en las actividades de la persona (capacidad y estatus funcional). Consulte el Cuestionario Breve del dolor (Brief Pain Inventory) que tiene una subescala que incorpora los componentes clave de una valoración funcional.

Anexo G: Ejemplo de protocolo de inyección subcutánea

El anexo G (pág. 129 de la Guía) muestra un ejemplo de protocolo para la administración de medicamentos por vía subcutánea con el fin de respaldar su uso en la práctica clínica. El equipo llevó a cabo la revisión bibliográfica relacionada con el "entorno único" versus el "entorno múltiple"; sin embargo, no hubo evidencia para recomendar un protocolo en particular. Por consiguiente, el equipo acordó incluir un ejemplo de protocolo para cada uno de los dos enfoques anteriores y reconoció que ninguno de los dos había sido validado. Las organizaciones quedan advertidas de que estos protocolos constituyen meros ejemplos, y deben reconocer que el desarrollo de la política relacionada con los mismos debe tener en cuenta la legislación, la misión, la visión, los valores y las características propias de cada una de las organizaciones. Los dos ejemplos de protocolo están disponibles en la página web de la RNAO:

www.rnao.org/bestpractice

Anexo H: Métodos no farmacológicos para el control dolor

Copyright 2006 por ICSI. Reimpresión autorizada.

Institute for Clinical Systems Improvement (2006). Assessment and management of acute pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).

Varias estrategias pueden mejorar o complementar las intervenciones farmacológicas, que pueden incluir intervenciones cognitivas, conductuales o modalidades físicas. No todas las intervenciones son efectivas para todas las personas que sufren dolor. Determinar la más apropiada puede constituir todo un desafío (ICSI, 2006). El siguiente resumen se ha realizado como suplemento para las intervenciones identificadas en esta Guía (pág. 131).



Intervenciones cognitivas y conductuales para el dolor agudo

Tipo de tratamiento	Descripción	Objetivo
Intervenciones cognitivas y conductuales		
Insensibilización	Exposición sistemática y gradual a situaciones u objetos temidos.	Reducción de la ansiedad.
Refuerzo positivo	Afirmaciones positivas y recompensas tangibles tras un procedimiento doloroso.	Transformar el significado del dolor de un hecho punitivo a un desafío.
Relajación	Relajación progresiva de los grupos musculares combinado con una respiración controlada.	Reducción de la ansiedad y del dolor.
Preparación	Explicar los pasos del procedimiento y proporcionar información sobre la percepción sensorial del mismo.	Ayudar a los niños a desarrollar expectativas realistas en cuanto a los procedimientos.
Modificación de los recuerdos	Ayudar a los niños a replantear de forma más positiva los malos recuerdos en cuanto a procedimientos anteriores.	Reducir la angustia anticipatoria y, con el tiempo, la angustia derivada del procedimiento, a través de recuerdos realistas.
Hipnosis	Disociar de las experiencias dolorosas, a través de la participación en fantasías imaginadas, lo que es divertido y seguro.	Desviar la atención del procedimiento y resaltar la sensación de dominio gracias a la metáfora de la experiencia imaginada.
Detención del pensamiento y autoafirmaciones positivas	Durante los periodos de ansiedad, el niño repite "para" cuando se producen pensamientos ansiosos y repite toda una serie de pensamientos positivos.	Reemplazar los pensamientos catastrofistas y reducir la ansiedad.
Distracción	Técnicas que incluyen contar, hacer pompas de jabón o hablar de temas que no estén relacionados con el procedimiento.	Desviar la atención del procedimiento y del dolor hacia temas más agradables.
Modelado y ensayo	Escinificación de un simulacro por otro niño o adulto para mostrar conductas de afrontamiento positivas; en consecuencia los niños podrán practicar el procedimiento utilizando esas técnicas de afrontamiento.	Proporcionar información y sugerir estrategias útiles que se puedan emplear durante el procedimiento para hacer frente al dolor y la ansiedad.

Otros métodos que podrían tener éxito son:

- Preparación verbal y comunicación con los profesionales de la salud
- Estrategias sensitivomotoras: especialmente con lactantes, el uso de chupetes, arrullos, mecedoras y cogerlos en brazos
- Participación imaginativa: especialmente con los niños, inventar historias, "interruptores de dolor" o "anestesia de guante"
- Físicos: Estrategias físicas: aplicación de frío o calor, masajes, inmovilización, reposo o ejercicio
- Terapias con música, arte y juegos

Referencias bibliográficas

- Akrofi, M., S., Colfar, S., Corry, P.R., B.M. M..D.,. (2005). A randomized comparison of three methods of analgesia for chest drain removal in postcardiac surgical patients. *Anesthesia & Analgesia*, 100(1), 205-209.
- M..M., R..R. L. (2002). a. In Dolor/ In. Patient Formación y.
- L. (2001). Organizativo Dolor TRATAMIENTO ' Dolor TRATAMIENTO. Nursing. American Dolor. (2005). Guideline for the management of cancer pain in adults and children. Glenview (IL): American Pain Society (APS).
- Antall, G.F. & D. (2004). Dolor In ancianos. Nursing.
- Barlow, J.H. & Ellard, D.R. (2004). Formativo y: An overview of the research evidence base. Child: y.
- Bird, J. (2003). Dolor. *Nursing Standard*, 18(13), 33-39.
- Block, B.M., S..S., A..J., A..R., J..A. C..L. (2003). Efficacy of postoperative epidural analgesia: A Journal of the American Medical Association Association, 290(18), 2455-2463.
- Bogduk, N., M., S. (2005). Dolor. (pp. 71-76). In D. Dolor 2005 – [review: Refresher Course Syllabus. IASP Press, Seattle. L., G., McGrath, P. & Camfield, C. (2002). s., Dolor. Anesthesiology, 96(3), 528-535. L., McGrath, P., Camfield, C. G. A. (2002). s., Dolor – (revised. Pain, 99(1-2), 349-357. D. (2004). A [review]. Evaluación y Dolor In Journal of Nursing, 13(6b.,.
- L..D., Symons, B.K., Henderson, S.L., L..D., & D. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics*, 115(1), Supplement-85.
- K., Goff, M.D., Hollon, E.C. & Guzzetta, C.E. (2004). y: s., Dolor, y. *Journal of Nursing*.
- M..S., D., B., N., Diaz, A., C. & O. (2005). y Dolor: a.. *Anesthesiology*, 103(6), 1225-1232.
- Cheung, L.H., P. A..M. (2003). A -Formativo In Chino International Journal of Nursing.
- T..T., T., A..J. (2005). A Dolor. *Spine*, 30(1), 1-7.
- J., S. & Working Group on Sedation (2006). directrices y TRATAMIENTO y y: An update. *Pediatrics*.
- J., D., S., M., S. M. (2003). Institutionalizing pain management: postoperatorio: Dolor TRATAMIENTO calidad. *Journal of Dolor* 4(7).
- Davies, B. (2002). Fuentes: y. *Journal of Gynecology, Obstetric and Neonatal Nursing*, 31(5), 558-562. Davies, B. N. (2004). Best guidelines.. Registered Enfermera.
- M. & D. (2004). Dolor: How to measure the fifth vital sign. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 71(8), 625-632.
- Devulder, J., Richarz, U. S.H. (2005). calidad: In Dolor. Medical.
- M., Davies, B., E., N. T. (2005). Changing nursing practice: Best practice guideline: herramienta. *Journal of Nursing*.
- C., L., S., A..C. K. (2006). Psicológicos: TRATAMIENTO y Dolor en niños: y. The Cochrane Library, Issue 4. John Wiley & Sons, Ltd.
- Good, M., Anderson, G.C., M., J..A. M. (2002). Relajación y Dolor. *Pain Management Nursing*, 3(2), 61-70.
- Graham, I., Harrison, M., Brouwers, M. Davies, B. & Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Gynecology, Obstetric and Neonatal Nursing*, 31(5), 599-611.
- C., K. & P. (2002). TRATAMIENTO In Pharmacotherapy, 22(2), 240-250.
- J., L. & P. (2002). y Relajación cardiopatía. *Journal of Advanced Nursing*, 37(2), 199-207.
- C., C., Spafford, P., I. B. (2001). Dolor – (revised): a. In Dolor. *Pain*, 93(2), 173-183. Institute for Clinical Systems Improvement (2006). Assessment and management of acute pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).
- M..P., Chen, C. A..M. (2002). Dolor Resultados Evaluación. *Pain*, 99(1-2), 101-109.
- S. J. (2003). A comparison of Dolor-Evaluación ancianos. *Journal of Nursing*. S. S. (2003). The effect of two nursing interventions on postoperative outcomes of gynecologic laparoscopic patients. *Journal of Nursing*. C., M. & D., C.. (2001). Distracción IV: A Journal of Pain and Symptom Management, 22(4), 851-861.
- H., London: M., V., G., H. K. (2000). Evaluación Dolor In A comparison of Dolor Evaluación y. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(12), 1607-1611.
- K..K., M..T., P., P. W..D., (2001). Formación. *Journal of LeFort*. S., K., K..M. M..E. (1998). a. -TRATAMIENTO pain. *Pain*, 74(2-3), 297-306.
- Malviya, S., Voepel-Lewis, T., C., S. & Tait, A.R. (2006). revised). Escala FLACC: cara (Face), piernas (Legs), actividad (Activity), llanto (Cry) y consuelo (Consolability) Dolor: y Dolor Evaluación en niños. *Paediatric Anaesthesia*, 16(3), 258-65.
- M., E., C., A., S. A. (2005). A A In.
- M., Watt-Watson, J., J. J. (2004). A systematic review. TRATAMIENTO. *Journal of Nursing TRATAMIENTO* 12(3).
- E., S., L., J. & D. (2007). O O Dolor. The Cochrane Library, Issue 1. John Wiley & Sons, Ltd.
- Medline Plus (2007). Medical. [Online]. Available: I.,
- Medscape (2007). Neuroscience Institute. [Online]. Available: <http://www.lww.com>

- Mehling, W.E., K..A., M., N. F..M. (2005). Dolor. In y.
- J., M., G., L., C. R. (2006). y In: review . Journal of Advanced Nursing, 55(5), 622-635.
- Murat, I., O. B. (2003). Dolor En niños:: Evidence-based Best guidelines.. y Dolor.
- National Comprehensive Cancer Network, 2005). (2005). Dolor. National Comprehensive Cancer Network, 2005]. Available: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/pain.pdf
- Nishimori, M., J. J. (2007). Dolor Dolor. The Cochrane.
- Oxman, A. Thomson, A., D. B. (1995). No A systematic review. Canadian Medical Association Journal, 153(10), 1423-1431.
- Pappagallo, M. (2001). Incidence, prevalence and management of opioid bowel dysfunction. The American Journal of Surgery, 182(Suppl.), 155-185.
- Piotrowski, M., Paterson, C., A., H., M. & Hinshaw, D. (2003). Massage as adjvant therapy in the management of acute postoperative pain: A preliminary study in men. Journal of the American College of Surgeons, 197(6), 1037-1046.
- Ravaud, P., H., Porcher, R., Durand-Stocco, C., Desmonts, J.M. & Mantz, J. (2004). Randomized clinical trial to assess the effect of an educational programme designed to improve nurses' assessment and recording of postoperative pain. British Journal of Surgery, 91(6), 692-698.
- Rogers, T.L. & Ostrow, C.L. (2004). The use of EMLA cream to decrease venipuncture pain in children. Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families, 19(1), 33-39. Roykulcharoen, V. & Good, M. (2004). Systematic relaxation to relieve postoperative pain. Journal of Advanced Nursing, 48(2), 140-148.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Kitson, A., McCormack, B, Seers, K & Titchen, A. (2002). Getting evidence into practice: Ingredients for change. Nursing Standard, 16(37), 38-43. P. (2002). Specialist nursing. Evaluating Snoezelen for relaxation within chronic pain management. British Journal of Nursing, 11(12), 812-821.
- R..S., Van Buyten, J. E. (2005). Spinal cord stimulation for chronic back and leg pain and failed back surgery syndrome: A systematic review and analysis of prognostic factors. Spine, 30(1), 152-160.
- Uman, L., C., McGrath, P. S. (2007). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. The Cochrane Library, Issue 1, John Wiley & Sons, Ltd.
- van Dijk, M., J..B., H..M., Duivenvoorden, H.J., Passchier, J., Bouwmeester, N. et al. (2001). The association between physiological and behavioral pain measures in 0- to 3-year-old infants after major surgery. Journal of Pain and Symptom Management, 22(1), 600-609.
- van Dijk, M., Peters, J.W., Bouwmeester, N.J. & D. (2002). Are postoperative pain instruments useful for specific groups of vulnerable infants? Clinics in Perinatology, 29(3), 469-491.
- Voepel-Lewis, T., S., Tait, A.R., Trzcinka, A. & Malviya, S. (2002). The reliability and validity of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability observational tool as a measure of pain in children with cognitive impairment. Anesthesia & Analgesia, 95(5), 1224-1229.
- Voss, J.A., Good, M., Yates, B., M..M., Thompson, A. & Hertzog, M. (2004). Sedative music reduces anxiety and pain during chair rest after open-heart surgery. Pain, 112(1-2), 197-203. Watt-Watson, J., Stevens, B., J., Costello, J., D., T. (2004). Impact of a pain education intervention on postoperative pain management. Pain 109(1-2), 73-85. Wiffen, P.,
- Collins, S., McQuay, H., D., Jadad, A. & Moore, A. (2007). Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. The Cochrane Library, Issue 1. John Wiley & Sons, Ltd.
- Wirth, J., C. & Paice, J. (2005). Use of herbal therapies to relieve pain: A review of efficacy and adverse effects. Pain Management Nursing, 6(4), 145-167.
- J., M., G., L., C. R. (2006). y In: review . Journal of Advanced Nursing, 55(5), 622-635.
- Murat, I., O. B. (2003). Dolor En niños:: Evidence-based Best guidelines.. y Dolor.
- National Comprehensive Cancer Network, 2005). (2005). Dolor. National Comprehensive Cancer Network, 2005]. Available: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/pain.pdf
- Nishimori, M., J. J. (2007). Dolor Dolor. The Cochrane.
- Oxman, A. Thomson, A., D. B. (1995). No A systematic review. Canadian Medical Association Journal, 153(10), 1423-1431.
- Pappagallo, M. (2001). Incidence, prevalence and management of opioid bowel dysfunction. The American Journal of Surgery, 182(Suppl.), 155-185.
- Piotrowski, M., Paterson, C., A., H., M. & Hinshaw, D. (2003). Massage as adjvant therapy in the management of acute postoperative pain: A preliminary study in men. Journal of the American College of Surgeons, 197(6), 1037-1046.
- Ravaud, P., H., Porcher, R., Durand-Stocco, C., Desmonts, J.M. & Mantz, J. (2004). Randomized clinical trial to assess the effect of an educational programme designed to improve nurses' assessment and recording of postoperative pain. British Journal of Surgery, 91(6), 692-698.
- Rogers, T.L. & Ostrow, C.L. (2004). The use of EMLA cream to decrease venipuncture pain in children. Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families, 19(1), 33-39. Roykulcharoen, V. & Good, M. (2004). Systematic relaxation to relieve postoperative pain. Journal of Advanced Nursing, 48(2), 140-148.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Kitson, A., McCormack, B, Seers, K & Titchen, A. (2002). Getting evidence into practice: Ingredients for change. Nursing Standard, 16(37), 38-43. P. (2002). Specialist nursing. Evaluating Snoezelen for relaxation within chronic pain management. British Journal of Nursing, 11(12), 812-821.
- R..S., Van Buyten, J. E. (2005). Spinal cord stimulation for chronic back and leg pain and failed back surgery syndrome: A systematic review and analysis of prognostic factors. Spine, 30(1), 152-160.

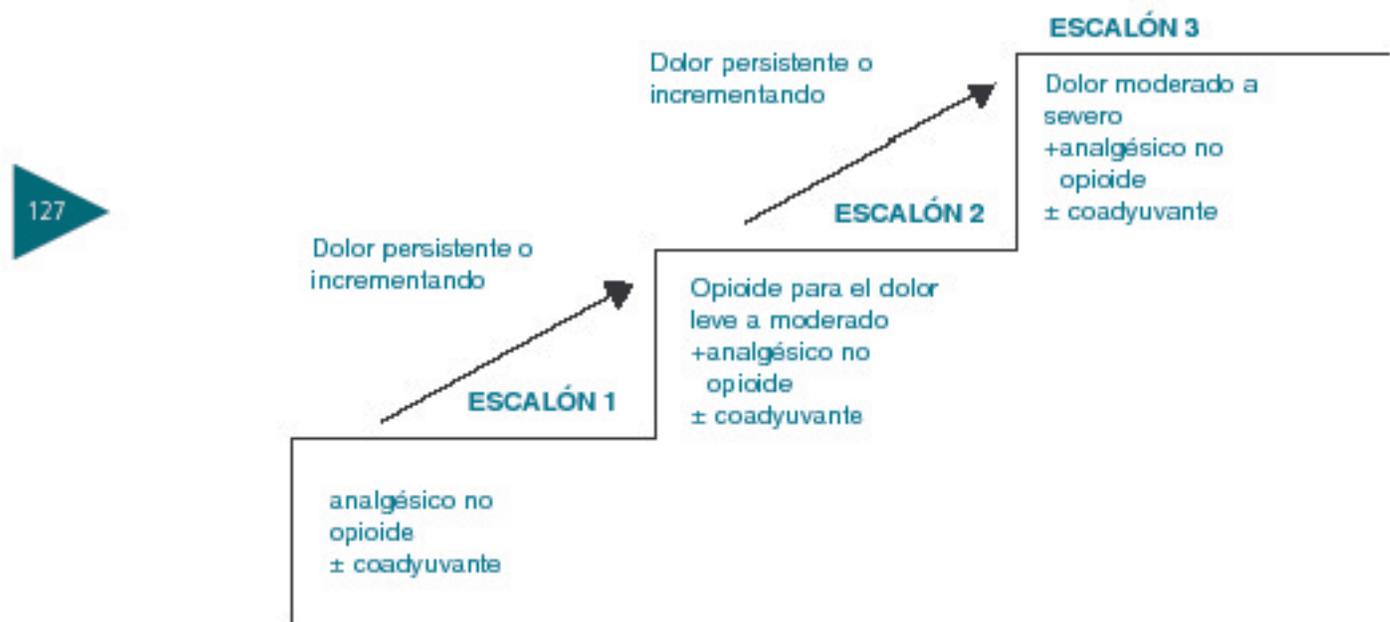
La "Herramienta" está disponible en la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Este documento está disponible en formato impreso por un precio simbólico. Asimismo, se puede descargar de forma gratuita en la página web de la RNAO. Para solicitar más información, un formulario de solicitud o descargar la "Herramienta", visite la página web de la RNAO: www.rnao.org/bestpractices.



Anexo F – Escala analgésica

Escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud

Reimpresión autorizada por la Organización Mundial de la Salud.



UTILIZACIÓN DE LA ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS

La escala analgésica de la OMS pretende ser una guía que estructure el uso de la analgesia en el tratamiento farmacológico del dolor, pero no busca ser un esquema rígido. Podría ser necesario combinar el método de la OMS para controlar el dolor con otras modalidades de tratamiento. Evalúe el tipo e intensidad del dolor y después ajuste el fármaco a la intensidad del dolor y otras características.

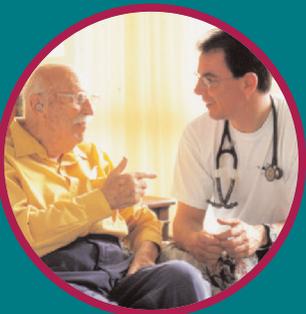
El uso de la analgesia debe empezar por el escalón de la escala analgésica apropiado según la severidad del dolor. No es necesario empezar la terapia por el escalón 1 si la persona padece un dolor de moderado a severo, los pacientes con dolor severo deben iniciar la terapia en el escalón 3.

El uso de la escala se invierte en situaciones de dolor agudo, y se empieza por el escalón 3 y se retrocede hacia los analgésicos del escalón 1 cuando se produce una recuperación.

Agosto de 2002

Guías de buenas prácticas en enfermería

Valoración y manejo del dolor



*Este proyecto está financiado por el
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*



RNAO

Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
l'Ontario