MODIFICACIONES		
REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
A	18/05/2010	Versión 1ª original

PREPARADO	REVISADO	APROBADO
Nombre, apellidos y firma.		
Grupo de Enfermería María Dolores Martínez Fernández Enfermera unidad de hospitalización infantil EB3	**Servicio de ANR-TD** Mario de Toro Romero Supervisor unidad de Reanimación anestesia y terapia del dolor del HUSD	**Dirección de Enfermería** Comisión de Cuidados de Enfermería

OBJETO

Conocer la etiología, intensidad, localización del dolor que presenta el paciente para conseguir el alivio o disminución del mismo a un nivel de tolerancia aceptable.

1. ALCANCE

Este procedimiento describe el conjunto de acciones encaminadas a valorar y determinar el dolor de los pacientes ingresados en el hospital Universitario Son Dureta, por tanto engloba a todos los servicios quirúrgicos y no quirúrgicos área materna infantil, hospitalización de adultos y Virgen de la Salud.

2. DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO

3.1. Responsable de ejecución

Enfermería

3.2. Material y medios necesarios

Registros de enfermería en la gráfica del paciente

Escalas de valoración del dolor

2.3. Procedimiento

Obtener información del paciente para detectar las características del dolor de forma objetiva y subjetiva:

Valoración subjetiva:

-Registrar intensidad del dolor mediante las escalas. Ver anexos.

Escala numérica; Escala Visual Analógica; Escala Wong-Baker o caras, rostros (infantil)

Escala llanto.

-Escuchar al paciente y observar su conducta ante el dolor.

-Detectar déficit del conocimiento sobre su dolor e incapacidad para controlarlo.

-Obtener información de su familia.

Valoración objetiva:

-Cambios en TA, pulso y respiración.

-Dilatación de las pupilas

-Sudoración, nauseas, vómitos…

-Conducta desordenada: llanto, quejidos, gritos, nerviosismo.

-Insomnio

-Localización y aumento o disminución con la movilidad.

-Debilidad, agotamiento

-Expresión facial del dolor: palidez, contracción de los músculos faciales, etc.

Observaciones:

-Realizar valoración cuando el paciente manifieste dolor y/o lo demande la familia/cuidador.

-Realizar valoración después de la realización de una técnica dolorosa.

-Realizar valoración cuando administremos una pauta analgésica

-Anotar en registros de enfermería los datos observados.

-Administrar analgesia prescrita según valoración realizada comunicar al medico responsable del paciente.

Consideraciones sobre la valoración del dolor en los niños:

En niños de 0 hasta 3 años.

-El llanto es el principal indicador.

-Expresiones faciales (muecas, ojos apretados, frente arrugada)

-Movimientos corporales significativos.

-Apertura de manos o puños cerrados.

-Pataleo

-Espalda arqueada

-Alteración del sueño; letárgia, irritabilidad

-Rechazo a los alimentos

En niños de 3 a 8 años:

Se utiliza la valoración del dolor la escala facial de Wong-Baker (anexos)

En niños de 9 a 14 años

-Se utiliza la escala analógica como en el caso de los adultos

ANEXOS:

→ **Escala numérica (EN):**

Pregunta ¿Cuánto dolor tiene de 0 a 10?
(0= ausencia de dolor, 10= Dolor Máxima Intensidad)

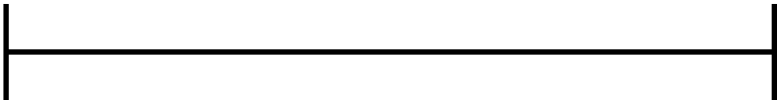
Es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el numero que mejor indique la intensidad del síntoma que se esta evaluando. Es un método sencillo de interpretar y el que tiene menos variabilidad idiomática y cultural.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sin dolor Máximo dolor

→ **Escala visual analógica (EVA): Pregunta ¿señale donde situaría su dolor?**

Es una línea horizontal de 100 milímetros en cuyos extremos se encuentran las expresiones maximas de un síntoma (dolor): en el izquierdo se ubica la ausencia de dolor y en el derecho la mayor intensidad posible. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide como una regla. La intensidad se mide en milímetros.



Sin dolor

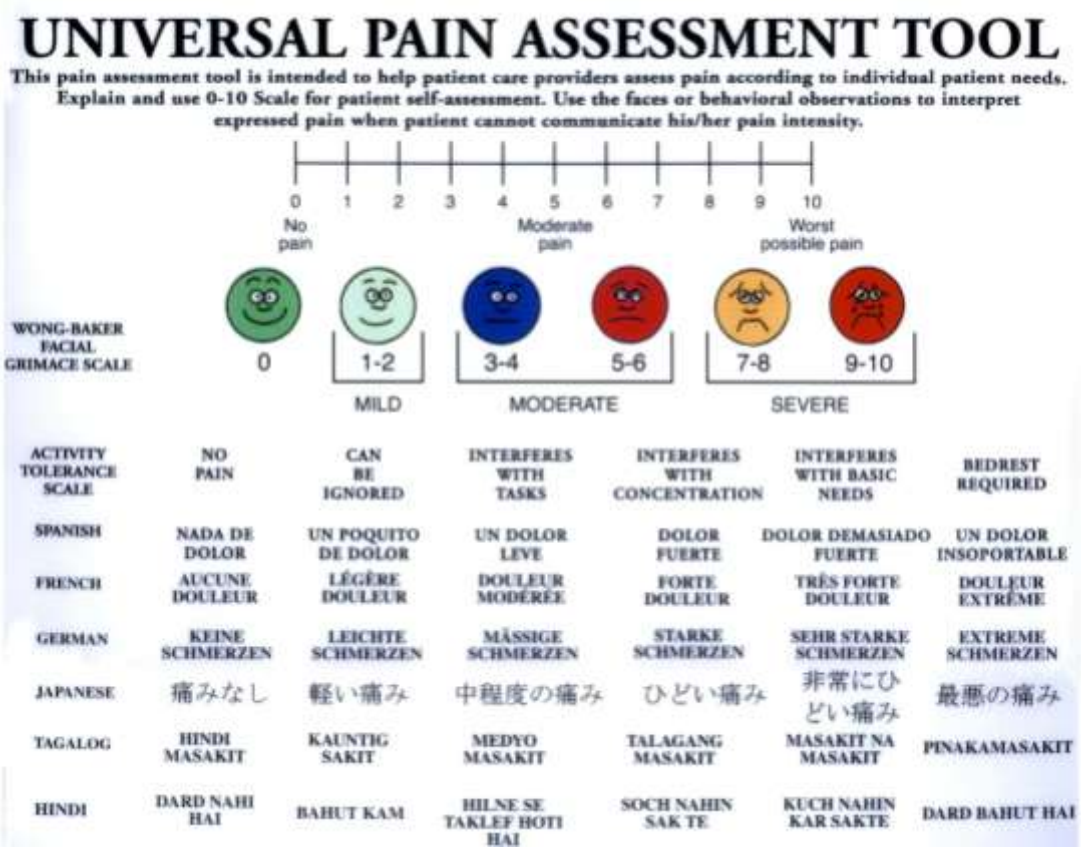
Máximo dolor
(el peor dolor inimaginable)

Categorización del dolor

NIVEL	DESCRIPCIÓN
0 - 3	Dolor Leve
4 - 6	Dolor Moderado
7 – 10	Dolor intenso

→ **Escala Wong-Baker o caras, rostros (infantil)**

2 Muy contento; sin dolor	4 Siente sólo un poquito de dolor	6 Siente un poco más de dolor	8 Siente mucho dolor	10 El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)



→ **Escala llanto.**

-El llanto es el principal indicador.
-Expresiones faciales: muecas, frente arrugada, ojos cerrados apretados, boca angulada.
-Movimientos corporales significativos manos abiertas o puños apretados, rigidez muscular, espalda arqueada, pataleo de pies.
-Alteración del sueño y alimentación.

Escala objetiva de dolor "llanto"		
Parámetro	**Criterios**	**Puntuación**
Llanto	No	0
	Consolable o intermitente	1
	Inconsolable o continuo	2
Actitud psicológica	Dormido o tranquilo	0
	Vigilante o inquieto	1
	Agitado o histérico	2
Normorrespiración	Rítmica y pausada	0
	Rápida y superficial	1
	Arrítmica	2
Tono postural	Relajado	0
	Indiferente	1
	Contraído	2
Observación facial	Contento o dormido	0
	Serio	1
	Triste	2

Escalas asociadas a la valoración del dolor

Escala de Sedación de Ramsay

NIVEL	DESCRIPCIÓN
1	Agitado
2	Despierto, tranquilo
3	Adormecido, responde estimulo verbal
4	Adormecido, responde estímulo táctil
5	Adormecido, responde al dolor
6	No responde a estímulos

Escala de Agitación - Sedación de Richmond (RASS)

NIVEL	DESCRIPCIÓN
+4	Combativo. Ansioso, violento
+3	Muy agitado. Intenta retirarse los catéteres, el tubo orotraqueal
+2	Agitado. Movimientos frecuentes, lucha con el respirador
+1	Ansioso. Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos
0	Alerta y tranquilo
-1	Adormilado. Despierta a la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 sg
-2	Sedación ligera. Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 sg
-3	Sedación moderada. Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada
-4	Sedación profunda. No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física
-5	Sedación muy profunda. No respuesta a la estimulación física

Escala de Bromage

NIVEL	DESCRIPCIÓN
0	Ausencia de bloqueo motor
1	Imposibilidad para levantar la pierna extendida, pero capaz de doblar rodillas y pie
2	Imposibilidad para flexionar las rodillas y capacidad para mover pies
3	Bloqueo motor instaurado

3. REGISTROS

Dicha valoración será recogida en los distintos registros de la historia clínica del paciente:
-Grafica diaria de enfermería
-Observaciones y valoración continua de enfermería.
-Formularios de valoración del dolor

4. EVALUACIÓN DE INDICADORES

Porcentaje de pacientes quirúrgicos valorados las primeras 72h con Escala de Valoració Analógica (EVA cada 8h/ total de pacientes ingresados).

- ✓ i. Numerador: número de pacientes que este registrado en la gráfica el EVA o EVN durante las 72h tras su inserción.
- ✓ ii. Denominador: número de todos los pacientes quirúrgicos.
- ✓ iii. Multiplicar por 100 para que la medición se exprese como un porcentaje

5. DOCUMENTOS.

-Plan de cuidados de enfermería.
-Protocolo del dolor agudo postoperatorio
-Manejo del dolor agudo postoperatorio
-Guía de manejo de cumplimentación programa ODISEA

Referencias Bibliográficas

1. Dolor Postoperatorio en España. Primer Documento de Consenso. Julio 2005
2. Serrano M.S. y col. Valoración del Dolor. Revista Sociedad Española Dolor. 2005.
3. Miró J. Et all. Valoración de la escala de dolor de caras revisada para evaluar la intensidad del dolor pediátrico en niños. Rev. Soc. Española Dolor. 2005; 12: 407-416.
4. Montero Ibáñez, R y Manzanares Briega, A. Escalas de valoración del dolor: Rev. Doyma 2006.
5. Fdez Castillo A. Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica. Rev. Sociedad Española Dolor. 2006.
6. Martinez Ripol P, Ribera Camadas Mª.V. La Medición del dolor. Unidades de dolor. Realidad hoy, reto para el futuro. Academia de Ciencias Mediques de Cataluña. 2002.
7. Margo McCaffery. Alexandra Beebe. Dolor. Manual clínico para la práctica de la Enfermería. Salvat Editores S.A. 1992.
8. Torres LM. Tratamiento del dolor postoperatorio. Madrid. Ed. Ergón; 2003.
9. Whaley L, Wong D. Nursing Care of Infants and Children, ed. 3, página 1070.1987 de C.V. Mosby Company. La investigación se reportó en Wong D, Baker C. Pain in children: Comparison of assessment scales. Pediatric Nursing 14(1):9–17, 1988.

APOYO METODOLOGÍCO	NOMBRE DE LA COMISIÓN
-Grupo Asesor de Protocolos	Comisión de Cuidados de Enfermería

COORDINADOR /RESPONSABLE NOMBRE /APELLIDO	CARGO QUE DESEMPEÑA	CORREO ELECTRONICO
- Nuria Pau Llobera	Adjunta a la Subdirección de Procesos	nuria.pau@ssib.es
- Susana de Juan Sánchez	Supervisora Área de Calidad Enfermería	susanag.dejuan@ssib.es

COLABORACIÓN Y APOYO DEL GRUPO DE TRABAJO FORMADO PARA PROYECTO HOSPITAL SIN DOLOR 2009
Gemma López, María Morón, María Beatriz Valdés, María Teresa Serrano, José Francisco Soler, Ana Isabel Cantero, Alicia Pons, Nuria Sans, Mª Pilar Boriko, María Mayor Payeras Montserrat Bermudez, Antonia Gómez, Mª Luisa Antón, Virgilio Gálvez, Mónica García, María Dolores Martínez, Pablo Ibáñez, Eduardo Martínez, Mario de Toro, María Victoria Moreno Martínez

Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y revisión de este protocolo