 GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
	Versión: 001
	Fecha: Mayo 2018
	Página: 1 de 57

GUIA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR

Adaptada de Valoración y manejo del dolor. Tercera edición. Asociación Profesional de enfermeras de Ontario.

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

Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.



	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 2 de 57

TABLA DE CONTENIDO

Aviso de responsabilidad	3
Cómo utilizar este documento.....	3
Establecer el contexto.....	4
Interpretación de la evidencia	6
Antecedentes.....	6
¿Qué es el dolor?	6
Recomendaciones para la práctica	10
1.0 VALORACIÓN	10
RECOMENDACIÓN 1.1.....	10
RECOMENDACIÓN 1.2:.....	12
RECOMENDACIONES 1.3:.....	17
RECOMENDACIONES 1.4:.....	20
2.0 PLANIFICACIÓN	25
RECOMENDACIÓN 2.1:.....	25
RECOMENDACIÓN 2.2:.....	26
3.0 IMPLANTACIÓN	28
RECOMENDACIÓN 3.1:.....	29
RECOMENDACIÓN 3.2:.....	34
RECOMENDACIÓN 3.3:.....	35
4.0 EVALUACIÓN.....	37
RECOMENDACIÓN 4.1:.....	37
RECOMENDACIÓN 4.2:.....	39
Glosario de términos.....	43
Anexo	49
HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR.	49
Escala de dolor con caras revisada (FPS - R): diseñada para ser usada en niños de 5 – 12 años. ...	49
Escala numérica (NRS): se utiliza en adolescentes, adultos, personas mayores y niños mayores de 8 años sin deterioro cognitivo.	50
Escala de dolor para niños prematuros (PIPP): diseñada para neonatos a término y pretérmino.	50
Escala comportamental de dolor: Aplicable a adultos en estado crítico intubados (BPS) y no intubados (BPS NI) con delirium.	51

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 3 de 57


AVISO DE RESPONSABILIDAD

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

CÓMO UTILIZAR ESTE DOCUMENTO

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

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 4 de 57

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

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

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


Los objetivos de Clínica Antioquia para con el personal de enfermería en la formación en dolor son los siguientes:

- Identificar al paciente con dolor o con riesgo de dolor.
- Evaluar la intensidad del dolor a través de la aplicación de escalas apropiadas e informar al resto del equipo de salud.
- Implementar medidas no farmacológicas para el manejo del dolor.
- Identificar los signos tempranos de toxicidad por opioides.
- Trabajar articuladamente con el resto del personal asistencial para controlar el dolor en la población de pacientes de la clínica.

ESTABLECER EL CONTEXTO

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

En octubre y diciembre de 2011, la RNAO reunió a grupos focales con 34 expertos especializados en la valoración y el manejo del dolor. Su tarea consistía en determinar la dirección de la tercera edición


	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 5 de 57

de la guía, Valoración y manejo del dolor. Los grupos focales fueron interprofesionales, formados por personas pertenecientes a la práctica clínica, administrativos y académicos en diferentes instituciones de salud. Ellos trabajan con clientes de todas las edades en diferentes tipos de cuidados –agudos, crónicos y domiciliarios, de salud mental y adicciones^G, de rehabilitación y de servicios comunitarios–. Los participantes de los grupos focales resumieron los recursos pendientes, incluyendo libros, guías, documentos de posición, y las vías de cuidados desarrollados para satisfacer las necesidades de poblaciones específicas y basadas en diferentes tipos de dolor (por ejemplo, agudo^G, persistente^G, cáncer o durante los cuidados paliativos).

Estos participantes también recomendaron que nos centráramos en esta edición de Valoración y manejo del dolor en el establecimiento de las competencias básicas generales (las habilidades y las prácticas) de las enfermeras para la valoración y manejo del dolor de forma eficaz, sin centrarse en el tipo o el origen del dolor. El equipo de expertos apoyó la recomendación del grupo focal. Es importante reconocer que siempre se deben considerar las preferencias personales y las necesidades especiales, y los recursos disponibles, en la prestación de los cuidados. Este documento tiene por objeto ayudar a las enfermeras y a otros miembros del equipo interprofesional a centrarse en las estrategias basadas en la evidencia en el contexto de la relación profesional-cliente. Además, las competencias varían entre las enfermeras y entre las diferentes categorías de profesionales de enfermería.

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

Es importante que las enfermeras, en colaboración con su equipo interprofesional, conozcan y trabajen con las personas, sus familias y cuidadores para promover estrategias seguras y eficaces

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 6 de 57

para la valoración, manejo y la prevención del dolor. La prevención y el manejo eficaz del dolor depende de los cuidados interprofesionales^G coordinados que hacen hincapié en la comunicación continua entre los profesionales y las personas que buscan sus servicios.

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

INTERPRETACIÓN DE LA EVIDENCIA


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

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

ANTECEDENTES

¿Qué es el dolor?

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 7 de 57


- a) Dolor nociceptivo^G se considera una señal de advertencia originada por un daño real o potencial del tejido no neuronal que desencadena la activación de los nociceptores en un sistema nervioso con funcionamiento normal.
- b) Dolor neuropático^G es una descripción clínica del dolor que se cree que es causado por el daño de una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial que se confirma por las pruebas diagnósticas.

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

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

Stanford, Chambers, Biesanz, y Chen (2008) observaron que del 15 a 30 por ciento de los niños y adolescentes experimentan dolor persistente o recurrente; el "dolor de cabeza" es el tipo de dolor que más describen. Huguet y Miro (2008) observaron que en el 5,1 por ciento de los niños que describieron la experiencia del dolor persistente, éste fue en niveles de moderados a severos. King et al. (2011) y von Baeyer (2011) describieron que cuando se tienen en cuenta la intensidad del dolor y la discapacidad relacionada con el dolor, entre el 5 y el 15 por ciento de los niños requieren ayuda para manejar su dolor y los problemas relacionados con el dolor.

Se ha demostrado que el dolor persistente interfiere con las actividades diarias, el estado de ánimo y el sueño de los niños; también puede causar depresión, ansiedad y problemas de desarrollo (American Medical Directors Association [AMDA], 2012; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2008; von Baeyer, 2011).


	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 8 de 57

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

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

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

El dolor persistente supone una carga física, emocional y socioeconómica para la persona con dolor o con riesgo de cualquier tipo de dolor y para sus familias o cuidadores (Pompili et al., 2012). El dolor

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 9 de 57

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


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

Toda persona tiene el derecho a esperar:

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

Nuestro equipo de expertos reconoció que algunos entornos carecen de recursos para hacer todo lo que la evidencia sugiere en relación con el manejo del dolor complejo. En consecuencia, esta guía ofrece recomendaciones sobre los cuidados basados en la evidencia, para que las enfermeras y otros profesionales de la salud la puedan utilizar según convenga para sus clientes. Los equipos de cuidados de salud interprofesionales deben trabajar en estrecha colaboración con las personas, sus familias y los cuidadores, para hacer frente a la forma de vida compleja, el autocuidado y las múltiples demandas de tratamiento que pueden afectar a los esfuerzos para prevenir o controlar el dolor.

Reconocemos que algunos niveles de cuidados del dolor no siempre estarán al alcance de todos. En

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 10 de 57

algunos lugares, por ejemplo, puede que no haya un especialista en dolor, y algunas intervenciones de manejo del dolor pueden no estar disponibles o al alcance de todos. Las enfermeras pueden influir positivamente en la valoración y manejo del dolor mediante la promoción y la participación en los equipos de salud interprofesionales siguiendo estas guías de buenas prácticas.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA

1.0 VALORACIÓN


RECOMENDACIÓN 1.1

Detectar la presencia, o riesgo, de cualquier tipo de dolor: al ingreso o consulta con un profesional sanitario; después de un cambio en la situación clínica y antes, durante y después de un procedimiento. Nivel de evidencia=Ib.

Discusión de la evidencia:

Detección del dolor

Las enfermeras tienen un papel importante en la detección del dolor. Un informe sobre un ensayo controlado aleatorio describió que la detección del dolor es fundamental para un manejo eficaz del dolor (Cancer Care Ontario, 2008; Dewar, 2006; Schofield, O'Mahony, Collett, & Potter, 2008). Aunque otros profesionales de la salud están directa o indirectamente involucrados en la valoración y manejo del dolor de las personas, las enfermeras tienen un mayor contacto con las personas que reciben cuidados. Esta relación coloca a las enfermeras en una posición única para detectar el dolor, y si la detección es positiva, para continuar con una valoración exhaustiva de la experiencia del dolor de la persona. Al llevar a cabo una detección del dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor es importante para la enfermera preguntar directamente sobre el dolor en lugar de asumir que la persona, su familia o cuidadores podrán de forma voluntaria hablar de él (American Medical Directors Association [AMDA], 2012; Royal College of Physicians, British Geriatrics Society and British Pain Society, 2007). El dolor es subjetivo y las personas pueden tener dificultades para describir su malestar y suelen utilizar, a menudo, otros términos para expresar su dolor (IASP, 2012a; Schofield et al., 2008). En la guía de la Asociación Americana de Directores Médicos (AMDA, por sus siglas en inglés), Manejo del dolor en los cuidados a pacientes crónicos (2012, p. 8), se esbozan las preguntas

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 11 de 57

que se pueden adaptar a cualquier población y se utiliza para detectar el dolor en las personas que son capaces de expresar su propio dolor, como:

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

En las valoraciones de rutina se debe considerar:

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

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


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

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

3. Antes, durante y después de un procedimiento:

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

El dolor neuropático puede ser un reto en el diagnóstico para el equipo interprofesional. Una persona está en riesgo de sufrir dolor neuropático si él o ella, experimenta una lesión en el sistema nervioso central o periférico debido a un traumatismo o a enfermedades como la esclerosis múltiple y el ictus.

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 12 de 57

Es importante la detección temprana por parte del equipo interprofesional porque el diagnóstico del dolor neuropático puede requerir mayor investigación para facilitar su manejo precoz (Bennett et al., 2007). Existen cuestionarios de detección del dolor neuropático que incorporan los signos y síntomas de la persona, incluida la Escala del dolor S-LANSS (Self-Report Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs, S-LANSS, por sus siglas en inglés) (Bennett, Smith, Torrance, & Potter, 2005) y el Cuestionario DN4 (Douleur Neuropathique 4, DN4 por sus siglas en francés) (Bouhassira et al., 2005). Ambos son breves y fáciles de usar, y se ha establecido la fiabilidad y la validez de los dos.

RECOMENDACIÓN 1.2:


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

Discusión de la evidencia:

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

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

- La historia de dolor previa.
- Las características sensoriales del dolor (la intensidad, la calidad, las características temporales, la ubicación y lo que hace que el dolor mejore o empeore).
- El impacto del dolor en las actividades de la vida diaria (la capacidad para trabajar, dormir, experimentar placer);
- El impacto psicosocial del dolor en sí mismo o en otros (depresión, económico).
- Las intervenciones utilizadas en el pasado que resultaron efectivas para controlar el dolor (AMDA, 2012; Dewar, 2006; Goldberg & Morrison, 2007; Ontario Cancer Symptom


	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 13 de 57

Management Collaborative [OCSMC], 2010; Royal College of Physicians et al., 2007; SIGN, 2008).

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

FIGURA 1. Valoración adaptada del dolor.

APARICIÓN	¿Cuándo comenzó? ¿Cuánto tiempo dura? ¿Con qué frecuencia se presenta?
PROVOCADO/ PALIATIVO	¿Qué lo provoca? ¿Qué hace que mejore? ¿Qué hace que empeore?
CALIDAD	¿Cómo es el dolor? ¿Puede describirlo?
REGIÓN/ IRRADIACIÓN	¿Dónde localiza el dolor? ¿Se extiende hacia alguna zona?
GRAVEDAD	¿Cuál es la intensidad del dolor? (En una escala de 0 a 10, donde 0 es nada y 10 es el peor dolor posible)
TRATAMIENTO	¿Qué medicamentos y tratamientos están utilizando actualmente? ¿Cómo son de efectivos? ¿Tiene algún efecto secundario a raíz de la medicación y tratamientos?
COMPRENSIÓN/ USTED	¿Cuál cree que es la causa del dolor? ¿Hay otros síntomas junto con el dolor? ¿Cómo es este dolor que le afecta a usted y a su familia?
VALORES	¿Cuál es su objetivo en relación con este dolor? ¿Cuál es su meta de comodidad o el nivel aceptable de dolor? (En una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia y 10 indicando el peor dolor posible)? ¿Hay otros puntos de vista o sentimientos acerca de este dolor que sean importantes

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 14 de 57


	para usted o su familia? ¿Hay algo más que le gustaría decir acerca de su dolor que no se haya analizado o no se le haya preguntado?
Adaptado de “Symptom Assessment Acronym ‘OPQRSTUV’”, en Fraser Health Authority, 2012, Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Recuperado de http://www.fraserhealth.ca/home/.	

Otras consideraciones en la valoración del dolor.

Una valoración del dolor puede ser más completa e individualizada si se conoce a la persona y teniendo en cuenta sus rasgos o características (McAuliffe, Nay, O'Donnell, & Fetherstonhaugh, 2009). Las enfermeras deben ser conscientes de que una valoración integral del dolor se ve influida por factores como la enfermedad o el nivel de discapacidad de la persona (es decir, el dolor se experimenta en múltiples áreas), la edad, la etapa del desarrollo, el nivel de educación o el estado cognitivo, la capacidad para comunicarse, cultura⁶, la etnia, la biología, las experiencias previas de dolor y la reticencia para expresar el dolor (Brown, McCormack, & McGarvey, 2005; Curry-Narayan, 2010; Dewar, 2006; Shepherd, Woodgate, & Sawatzky, 2010). La espiritualidad también debe tenerse en cuenta, ya que puede influir en las creencias y conductas en relación con el dolor de una persona. Es importante para las enfermeras valorar si esos factores pueden influir en cómo una persona expresa su dolor y si busca ayuda. (Curry Narayan, 2010).

Herramientas para expresar el dolor unidimensionales y multidimensionales.

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 15 de 57

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

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


LAS HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR DEBEN SER:
Fiable: puntuaciones coherentes y confiables, sin importar el tiempo, la institución o por quién sea administrada la medida.
Válida: El grado en que la evidencia y la teoría apoyan la interpretación de las puntuaciones: El instrumento mide realmente el objetivo previsto (dolor) para el que fue creada la medida.
Sensible: capaz de detectar cambios en el dolor debido a las intervenciones de manejo del dolor implantadas.
Factible: simple y rápida de utilizar, lo que requiere un tiempo corto de entrenamiento y son fáciles de administrar y puntuar.
Práctica: valoración de diferentes tipos de dolor cuando sea posible; algunas herramientas (como aquellas para el dolor neuropático) son muy específicas.
LA HERRAMIENTA DEBE SER TAMBIÉN:
Apropiada respecto a su desarrollo y culturalmente para la población a la que se ha diseñado.
Disponibile en varios idiomas o fácilmente traducible.
Fácil y rápida de comprender para la persona.
Que le guste a las personas, a los profesionales de la salud y a los investigadores que lo utilizan.
Fácil de obtener, reproducir y distribuir.

Capaces de ser desinfectados si los toca más de una persona.

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

Tabla 2. Historia de dolor en niños con dolor agudo.

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 17 de 57

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

- Una descripción del dolor.
- Síntomas asociados.
- Variaciones temporales o estacionales.
- Impacto en la vida diaria (escuela, deporte, juego y cuidado de sí mismo), y
- Medidas de alivio del dolor utilizadas.

Algoritmos y compendios de cuidados^G:

Los algoritmos y los compendios de cuidados de buenas prácticas (es decir, pequeños conjuntos de prácticas basadas en la evidencia para mejorar los resultados conocidos) ayuda en la valoración del dolor en poblaciones especiales, como los niños con dolor agudo o persistente (The Hospital for Sick Children, Pain Matters Working Group [Leads: F. Campbell & L. Palozzi], 2013), el dolor en adultos (Schofield et al., 2008) y los adultos en estado crítico (Barr et al., 2013). Varios ejemplos de estos se ofrecen en los anexos. Consulte el Anexo F, donde se ofrece un algoritmo para valorar el dolor en niños hospitalizados; el Anexo G, detalla un algoritmo para valorar el dolor en los adultos con cáncer. Consulte el Anexo H, que presenta un compendio de cuidados para valorar y manejar el dolor en adultos en estado crítico. Las herramientas validadas de autoinforme del dolor, los algoritmos y los compendios de cuidados orientan de forma eficaz la valoración del dolor. Las enfermeras son responsables de interpretar con precisión la valoración y actuar sin demora sobre los resultados. Consulte el Anexo D, que contiene una lista de páginas web con recursos en relación con la valoración y manejo del dolor.


RECOMENDACIONES 1.3:

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

Discusión de la evidencia:

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

- Los recién nacidos, lactantes y niños preverbales;


	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 18 de 57

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

Es importante comprender que la incapacidad para describir el dolor no significa que la persona no lo esté experimentando. La valoración del dolor en las personas que son incapaces de expresarlo es fundamental para unos cuidados adecuados (Herr et al., 2011; IASP, 2012b). Estos son los pasos a seguir cuando alguien no puede expresar su propio dolor:

1. Tratar de que la persona lo describa. Siempre es importante determinar si la expresión de su propio dolor es posible, permitiendo a la gente el tiempo suficiente para responder (Herr et al., 2011). Una respuesta simple de sí o no, o señales de comportamiento como asentir o señalar en la herramienta de valoración para indicar la presencia o ausencia de dolor es una forma válida de describir el dolor para una persona.
2. Si una persona no es capaz de expresarse, confíe en los indicadores de comportamiento o en las escalas de comportamiento de dolor validadas para la población específica a la que pertenece y en el contexto.

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


	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 19 de 57

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

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

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

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 20 de 57

RECOMENDACIONES 1.4:

Explorar las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión sobre el dolor y el manejo del dolor de la persona. Nivel de evidencia=III.

Discusión de la evidencia:

Las personas con dolor tienen ciertas creencias acerca de las prácticas relacionadas con el dolor formadas a raíz de sus experiencias dolorosas anteriores, la edad, la educación, la cultura o la etnia, y el género (Bell & Duffy, 2009; Cornally & McCarthy, 2011; Watt-Watson, Stevens, Streiner, Garfinkel, & Gallop, 2001). Las creencias de una persona sobre el dolor a menudo influyen en si van a buscar ayuda para paliarlo y qué estrategias van a aceptar para su manejo (Curry-Narayan, 2010; Peter & Watt-Watson, 2002). Las dificultades surgen cuando una persona toma decisiones basadas en creencias erróneas debido a la falta de comprensión y al conocimiento incompleto sobre el dolor. Una revisión de la literatura realizada por Al-Atiyyat (2008) pone de relieve ocho creencias y preocupaciones que impiden a las personas con cáncer expresar el dolor y tomar medicación relacionada con el dolor:

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

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

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


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

CREENCIAS ERRONEA	HECHOS
El sistema nervioso de los bebés es inmaduro e incapaz de percibir el dolor.	Los bebés tienen la anatomía y los requisitos funcionales para el procesamiento del dolor a desde la mitad o al final de la gestación. Los recién nacidos son capaces experimentar aspectos discriminativos sensoriales en relación con la experiencia del dolor.
Los bebés son menos sensibles al dolor que los niños más mayores y los adultos.	Los recién nacidos a término tienen la misma sensibilidad al dolor que los bebés más mayores y los niños. De hecho, los recién nacidos prematuros tienen una mayor sensibilidad al dolor que los recién nacidos a término o que los niños mayores.
Los bebés son incapaces de recordar, por lo tanto, el dolor no debería tener efectos duraderos.	La exposición repetitiva al dolor puede tener efectos acumulativos y la exposición temprana a un dolor significativo puede afectar de forma permanente las percepciones de los niños y las reacciones a un dolor posterior.
Los bebés deben aprender sobre la experiencia del dolor.	El dolor no requiere experiencia previa y no se aprende. El dolor está presente con el primer daño.
Los bebés y los niños pequeños son incapaces de expresar el dolor. Si son capaces de expresar el dolor, su dolor no se puede valorar.	Aunque los bebés no pueden verbalizar el dolor responden con señales de comportamiento e indicadores fisiológicos que se pueden valorar con precisión. El método más fiable en los bebés es la expresión facial. El enfoque más válido es a través del uso de una medida de dolor compuesta. Los niños


	de tan sólo 3 años de edad pueden usar escalas de dolor y los de 4 años de edad pueden señalar con precisión el área del cuerpo que les duele.
Los opioides son más peligrosos para los bebés y los niños que para los adultos (se le denomina 'fobia opioide').	<p>Los lactantes mayores de un mes de edad metabolizan los fármacos de la misma manera que los lactantes y los niños.</p> <p>La selección cuidadosa de la dosis apropiada y el horario de dosificación, así como la monitorización frecuente de los efectos deseados y no deseados, puede reducir al mínimo los posibles efectos adversos. La adicción a los opioides utilizados para tratar el dolor es extremadamente rara en niños.</p>
(Anand, 1999; Anand & Craig, 1996; Craig,1998; Brummelte et al., 2012; Coskun & Anand, 2000; Morrison, 1991; Pattinson & Fitzgerald, 2004; Slater et al., 2010; Stinson et al., 2006; van Dijk & Tibboel, 2012; Yaster, Krane, Kaplan, Cote, & Lappe, 1997)	

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

CREENCIAS ERRONEA	HECHOS
Las personas deben esperar un dolor considerable que no se alivia con los procedimientos como la cirugía.	El dolor agudo severo que no se alivia tiene consecuencias fisiopatológicas que involucran los sistemas respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, inmunológico, neurológico, músculo-esquelético (Middleton, 2003) y puede causar dolor a largo plazo (Kehlet, Jensen, & Woolf, 2006).
Las personas que sufren dolor siempre tienen signos observables que son más fiables que la expresión de su propio dolor.	Las adaptaciones fisiológicas ocurren rápidamente y no deben utilizarse en lugar de preguntar directamente por la presencia de dolor, cuando sea posible (Arbour & Gélinas, 2010).
Las personas nos dirán cuándo sufren	Las personas no necesariamente nos dicen cuando

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 23 de 57

dolor y usarán el término "dolor".	tienen dolor y puede que no utilicen la palabra dolor (Watt-Watson et al., 2004).
Las personas que utilizan opioides contra el dolor son adictos.	Los opiáceos son una intervención estándar de manejo del dolor de moderado a grave proveniente de la cirugía, el cáncer y el dolor no oncológico persistente (DNOP). Existen guías y herramientas de detección disponibles en http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/ para asegurar la prescripción y administración adecuada para el DNOP.
El dolor es directamente proporcional a la lesión de los tejidos.	El dolor es multidimensional y está influido por muchos factores de manera que la respuesta de cada persona ante el mismo tipo de cirugía, trauma o enfermedad es individual y variable (Woolf, 2004).
El dolor es una parte normal del proceso de envejecimiento y nunca puede ser muy intenso, la sensación de dolor disminuye con la edad.	El dolor persistente no es una parte normal del envejecimiento. La intensidad y la sensación de dolor no disminuyen en las personas mayores. El manejo inadecuado del dolor potencial o real en las personas mayores tiene numerosas consecuencias (McAuliffe et al., 2009; Schofield et al., 2008).
El dolor no se puede valorar en las personas mayores que tienen problemas cognitivos.	Las personas mayores con deterioro cognitivo de leve a moderado son capaces de utilizar las escalas adaptadas a sus necesidades, tales como escalas numéricas categóricas (Herr et al., 2011; McAuliffe et al., 2009; Schofield et al., 2008).
Nota. Adaptado con el permiso de "Misbeliefs about pain," by J. Watt-Watson, 1992, in J. Watt-Watson & M. Donovan (eds.), Pain management: Nursing Perspective, p. 36-58. St. Louis, MO: Mosby, Inc. Copyright Elsevier (1992).	

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 24 de 57

Las personas y sus familias o cuidadores necesitan ayuda para comprender que el dolor agudo severo que no se alivia puede causar problemas de dolor a largo plazo que afectan al funcionamiento del cuerpo (respuestas funcionales sistémicas, hormonales, metabólicos, inmunológicas, fisiológicas, cardiovasculares y pulmonares) (Anand et al., 2006; Kehlet et al., 2006; Oakes, 2011; Meeker, Finnell, & Othman, 2011). Por ejemplo, se supone que el dolor se experimenta cuando una persona se somete a cirugía. La expectativa de que se produzca algún nivel de malestar con frecuencia tiene como consecuencia que las personas no pregunten a los profesionales de la salud sobre un tratamiento contra el dolor como una receta para un analgésico (Watt-Watson et al., 2004).

Se necesita animar a las personas a comunicar el dolor entre moderado y severo postquirúrgico debido a que interfiere con la respiración profunda y limita el movimiento, lo que puede conducir a otros problemas de salud como la neumonía y el retraso en la recuperación. El déficit de informar sobre el dolor por parte de personas puede llevar a los profesionales de la salud a subestimarlos (Dewar, 2006; Schofield et al., 2008).


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

RECOMENDACIÓN 1.5:

Registrar las características del dolor del paciente. Nivel de evidencia IIa.

Discusión de la evidencia:

Los hallazgos en la detección y valoración deben ser documentados y comunicados a todos los involucrados en el cuidado de la salud de una persona para la prevención y manejo óptimo del dolor (Crowe et al., 2008). La detección y valoración integral del dolor proporciona tanto datos subjetivos como objetivos, provenientes de la expresión del propio dolor y de las herramientas de valoración. Esta información acerca de las características del dolor de la persona (por ejemplo, la historia del dolor; las características sensoriales [intensidad, calidad, características temporales, la ubicación y lo que hace que el dolor mejore o empeore]; los impactos del dolor en las actividades de la vida diaria; los impactos psicosociales; las creencias culturales y las intervenciones eficaces utilizadas para

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 25 de 57

manejar el dolor), si se documenta y comunica, puede ayudar al equipo a realizar juicios clínicos efectivos sobre el estado de dolor de una persona y crear un plan individualizado de cuidados para prevenir o minimizar el dolor (Curry Narayan, 2010; RNAO, 2007). En el seguimiento, esta información también proporciona datos de referencia para comparar los resultados de las nuevas valoraciones futuras.

2.0 PLANIFICACIÓN


RECOMENDACIÓN 2.1:

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

Discusión de la evidencia:

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

Las personas con dolor o riesgo de cualquier tipo de dolor deben participar en las decisiones acerca de las intervenciones propuestas para manejar el dolor, y las estrategias adoptadas en el plan de cuidados deben adaptarse para cumplir los objetivos de la persona (necesidades y prioridades) y preferencias (Schofield & Reid, 2006). Los ensayos controlados aleatorios describieron resultados significativos cuando las enfermeras, el equipo interprofesional y la persona, su familia y cuidadores colaboran en el desarrollo de un enfoque integral de manejo del dolor en combinación con las intervenciones farmacológicas (enfoque multimodal analgésico) y las intervenciones no farmacológicas como la fisioterapia y la psicológica (terapia cognitivo-conductual) (Cancer Care Ontario, 2008; LeFort et al., 1998; Moulin et al., 2007; National Opioid Use Guideline Group, 2010).

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 26 de 57

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

RECOMENDACIÓN 2.2:

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

- ***Evaluación de los resultados.***
- ***Las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión de la persona.***
- ***Las características personales y las características del dolor. Nivel de evidencia= III.***

Discusión de la evidencia.

El establecimiento de un plan de manejo del dolor en base a los hallazgos de la valoración y la incorporación de las creencias y los objetivos de la persona es importante para minimizar el dolor y la angustia (Curry Narayan, 2010; RNAO, 2007). Después de la colaboración para determinar los objetivos y las preferencias de la persona respecto a las estrategias de manejo del dolor propuestas (es decir, la voluntad o la intención de utilizarlas), el equipo interprofesional debe tener en cuenta el potencial de las interacciones de las terapias cruzadas⁶. El equipo que cuida a la persona debe consultar con expertos (como un psicólogo, un psiquiatra, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y un trabajador social) al formular y aplicar combinaciones de terapias farmacológicas, físicas y psicológicas (Crowley et al., 2011; Schofield & Reid, 2006; Uman, Chambers, McGrath, & Kisely, 2006).


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

Tabla 5. Dolor en poblaciones especiales.

POBLACIÓN	CONSIDERACIONES CLAVE
Prematuros y recién nacidos lactantes.	Los recién nacidos prematuros y los enfermos están expuestos a numerosos procedimientos dolorosos durante su hospitalización. La prevención y el manejo coherente del dolor es importante para reducir los efectos adversos relacionados con procedimientos dolorosos repetidos. Al planificar la dosis del fármaco, el peso del recién nacido se debe de tener en cuenta.
Los bebés y los niños pequeños.	Ambos, los bebés enfermos y los sanos y los niños pequeños están expuestos a múltiples procedimientos dolorosos durante la hospitalización y las vacunas de la primera infancia. Los niños pequeños no tienen la comprensión y las habilidades de afrontamiento y, a menudo, presentan altos niveles de dolor, angustia y miedo. El manejo eficaz coherente del dolor causado por las agujas tiene el potencial de reducir el miedo posterior a los cuidados. Las estrategias están disponibles para reducir el dolor y la angustia asociada a la vacunación en lactantes y niños.
Personas mayores	La persona mayor puede experimentar problemas de comunicación asociados a: <ul style="list-style-type: none"> • El subregistro de dolor. • Hablar un idioma diferente.

	<ul style="list-style-type: none"> Las barreras de comunicación (afasia, trastornos cognitivos como la demencia, visuales y auditivos). <p>Al planificar las intervenciones farmacológicas, deben de tenerse en cuenta el impacto de los cambios relacionados con la edad como la comorbilidad, las enfermedades coexistentes y el uso de múltiple medicación, ya que pone a la persona mayor en alto riesgo de eventos adversos relacionados con la medicación.</p>
<p>Personas en estado crítico</p>	<p>Muchos de los pacientes críticamente enfermos son incapaces de expresar su propio dolor debido a múltiples factores como la ventilación mecánica, la administración de altas dosis de sedantes, y los niveles alterados de conciencia.</p> <p>Además de sus motivos de ingreso a menudo relacionados con el dolor, están expuestos a muchos procedimientos dolorosos durante la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos. Una alta proporción de los pacientes enfermos críticos experimentan un dolor de moderado a severo. Por lo tanto, el manejo del dolor incluye el uso de opioides, principalmente a través de la vía parenteral.</p> <p>La monitorización continua de los parámetros fisiológicos, es necesaria para garantizar una vigilancia adecuada de los pacientes. Por otra parte, se recomienda un enfoque multimodal, pero tiene que ser establecido cuidadosamente teniendo en cuenta el estado complejo del paciente y el uso de otra medicación. Se sugieren las intervenciones no farmacológicas también para maximizar el alivio del dolor.</p>
<p>(AMDA, 2012; AGS, 2009; Barr et al., 2013; Herr et al., 2011; Pillai Riddell et al., 2011; Stevens et al., 2011; Taddio et al., 2010)</p>	

3.0 IMPLANTACIÓN

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 29 de 57

RECOMENDACIÓN 3.1:

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

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

Discusión de la evidencia:


Enfoque analgésico multimodal

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

Un enfoque analgésico multimodal o intervención farmacológica incluye analgésicos no opioides, como los fármacos antiinflamatorios no esteroideos [AINEs]; opioides (por ejemplo, morfina) y medicamentos adyuvantes⁶ (por ejemplo, antidepresivos, anticonvulsivos, agentes anestésicos) que actúan a través de diferentes mecanismos para modular el dolor de una persona (Cancer Care Ontario, 2008; AMDA, 2012; OCSMC, 2010; SIGN, 2008; Vargas-Schaffer, 2010). Las enfermeras trabajan con el equipo interprofesional para ajustar el tipo, la dosis, la vía y la programación de medicamentos basados en la respuesta de la persona. Este tipo de enfoque maximiza la eficacia analgésica y puede reducir el consumo general de opioides, reduciendo al mínimo los efectos adversos (RNAO, 2007; Vargas-Schaffer, 2010).

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


1. Utilice la forma más eficaz y menos invasiva de administrar analgésicos.
2. Considere la posibilidad de un enfoque analgésico multimodal para el tratamiento del dolor:
 - Utilice los no opioides para manejar dolor de leve a moderado (paracetamol o AINEs)

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 30 de 57

- Utilice opioides en combinación con no opioides para manejar el dolor de moderado a grave
- Utilice modalidades avanzadas, como la analgesia controlada por el paciente [ACP]G, epidural⁶, intratecal⁶, y el bloqueo de nervios, que puede proporcionar una analgesia superior para manejar el dolor persistente, no maligno o dolor causado por cáncer y dolor agudo derivado de los principales procedimientos quirúrgicos o lesiones (Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine [ANZCA], 2010 Vargas-Schaffer, 2010).

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

- Promover el programa de dosificación más eficaz, teniendo en cuenta el tiempo de inicio de acción de la medicación, la duración del efecto(s) y la vida media. La dosis óptima de la analgesia es la que alivia eficazmente el dolor con unos efectos adversos mínimos.
- Reconocer posibles contraindicaciones, como comorbilidades o interacciones fármaco-fármaco, relacionadas con la situación de salud de la persona.
- Valorar cualquier medicación contra el dolor para lograr la máxima eficacia mientras que se minimizan los efectos adversos. La dosificación analgésica en las personas mayores requiere un ajuste cuidadoso para el alivio óptimo del dolor ya que una dosificación ajustada por edad no está disponible en todos los analgésicos (Schofield et al., 2008).
- Anticipar y manejar los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas. Las intervenciones de enfermería deberían incluir:
 - Si es necesario, el iniciar el tratamiento en consulta con el equipo para controlar los efectos adversos. Las páginas web como Pain Treatment Topics <http://pain-topics.org/> y Fraser Health Hospice Palliative Care Symptom Guidelines en http://www.fraserhealth.ca/professionals/hospice_palliative_care/ están disponibles para ayudar con el manejo de los efectos adversos
 - Revisar y determinar con el equipo interprofesional y la persona qué agente farmacológico o factores contribuyentes causan los efectos adversos
 - Educar a la persona y su familia y los cuidadores sobre los efectos adversos potenciales y las estrategias utilizadas para prevenir o manejar los efectos adversos, basándose en el tipo de efecto (náuseas, vómitos o estreñimiento por el uso de los opiáceos).

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 31 de 57

7. Considere la posibilidad de consultar a los equipos interprofesionales o expertos en el manejo del dolor para situaciones de dolor complejas, como:


- El dolor que no responde a las intervenciones estándar de manejo del dolor;
- Múltiples fuentes de dolor;
- Mezcla de dolor neuropático y nociceptivo;
- Antecedentes de trastornos por uso de sustancias (RNAO, 2007; 2009); y
- Personas con tolerancia a los opioides sometidos a procedimientos o tener exacerbaciones de dolor.

Cambio de opioides (dosis o vías)

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

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

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 32 de 57


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

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

La sedación puede ser un efecto adverso frecuente al iniciar la administración de opiáceos y al aumentar las dosis de opioides para el manejo del dolor. La sedación generalmente precede a una depresión respiratoria significativa.

El aumento gradual de la sedación es una señal de alerta temprana y un indicador particularmente sensible de la depresión respiratoria inminente en el contexto de la administración de opioides (Pasero, 2009; Jarzyna et al., 2011). Se recomiendan las valoraciones respiratorias y de sedación sistemáticas seriadas regulares (consulte el Anexo O, donde encontrará un ejemplo de valoración de la sedación y respiratoria) para valorar la respuesta de la persona durante la terapia con opiáceos y deben ser consideradas especialmente en:

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


	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 33 de 57

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

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

Prevención, valoración y manejo del riesgo por opioides

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 34 de 57

RECOMENDACIÓN 3.2:

Evaluar la eficacia de cualquier intervención no farmacológica^G (físicas y psicológicas) y la potencial interacción con las intervenciones farmacológicas. Nivel de evidencia = Ib.


Discusión de la evidencia:

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

Intervenciones no farmacológicas

Físicas

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 35 de 57

Psicológicas

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

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


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

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

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

RECOMENDACIÓN 3.3:

Formar a la persona, su familia y los cuidadores sobre las estrategias de manejo del dolor en su plan de cuidados y abordar las preocupaciones y creencias erróneas^G. Nivel de evidencia=Ib.

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 36 de 57

Discusión de la evidencia:

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


Esta educación puede ayudar a la adopción y el uso eficaz de las estrategias de manejo del dolor por parte de la persona y su familia y los cuidadores (Dewar, 2006; Watt-Watson et al. 2004). Por ejemplo, la familia y los cuidadores de las personas con dolor o con riesgo de cualquier tipo de dolor podrían no creer toda la expresión de dolor de la persona y luego no informar o minimizar su alcance al hablar con los profesionales de la salud y disuadirles de prescribir las dosis apropiadas de analgésicos. (Meeker et al., 2011).

La educación debe incluir, pero no limitarse a:

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

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

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 37 de 57

- Evaluación y seguimiento de la eficacia de las intervenciones.

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

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

4.0 EVALUACIÓN

RECOMENDACIÓN 4.1:


Volver a valorar la respuesta de la persona a las intervenciones de manejo de dolor constantemente utilizando la misma herramienta de valoración. Las frecuencias de las valoraciones estarán determinadas por:

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

Nivel de evidencia = IIb.


Discusión de la evidencia:

El seguimiento continuo y la evaluación de la respuesta de una persona a las intervenciones sobre el manejo del dolor es necesario para ajustar las estrategias y garantizar el control eficaz del dolor y la reducción al mínimo de los efectos adversos (AGS, 2009; AMDA, 2012; Herr et al., 2010; RNAO, 2007). La respuesta de una persona a las intervenciones farmacológicas, físicas y psicológicas puede variar con el tiempo. El seguimiento y la valoración continua de las respuestas de la persona ayuda a

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 38 de 57

garantizar su seguridad y su eficacia (AMDA, 2012; Herr et al., 2010), pero es importante utilizar siempre el mismo instrumento para obtener nuevas valoraciones precisas sobre la presencia e intensidad del dolor. Sin embargo, las enfermeras deben considerar si los cambios en el estado de una persona indican la necesidad de determinar si la herramienta que se utiliza sigue siendo válida (véase la Recomendación 1.2 y 1.3). La frecuencia con la que las personas deben ser monitorizadas y valoradas depende de las intervenciones que se utilicen, la estabilidad del estado de la persona, y la expresión de la persona sobre la gravedad del dolor o las respuestas del comportamiento del dolor y la angustia asociada (AMDA, 2012; RAO, 2007, Spence et al., 2010; SIGN, 2008). Por ejemplo, Spence et al. (2010) afirman que los recién nacidos y los niños deben ser valorados al ingreso y luego volver a valorarlos cada vez que se les prestan los cuidados habituales, en cada turno, y cada vez que parezcan estar incómodos o con el cambio sustancial en su estado. Sin embargo, en base a las respuestas de las personas que viven con el dolor, la guía SIGN, *Control of Pain in Adults with Cancer (2008)* afirma que es importante volver a valorar la respuesta de una persona a las intervenciones con frecuencia, por lo menos dos veces al día.

La intensidad de la monitorización (frecuencia y duración) depende del perfil de riesgo de una persona y del inicio y la duración de la acción o los posibles efectos adversos de las intervenciones (farmacológicas, no farmacológicas [físicas o psicológicas]) (Jarzyna et al., 2011). Por ejemplo, el uso continuo de analgésicos opioides para el manejo del dolor puede dar lugar a la sedación no deseada que desencadena la depresión respiratoria. Las guías de la American Society for Pain Management Nursing, *Monitoring for Opioid-Induced Sedation y Respiratory Depression (2011)*, Jarzyna et al. (2011) y Pasero (2009) recomiendan a las personas hospitalizadas que se les administre sedación rutinaria y valoraciones respiratorias (consulte el Anexo O) tanto si están despiertos como dormidos, para monitorizar la sedación no deseada y para evitar el riesgo de depresión respiratoria. Se requiere de una monitorización de los resultados de salud de la persona como la presencia y severidad del dolor, los impactos en la función y la movilidad después de las intervenciones de manejo del dolor para determinar si existe la necesidad de modificar cuidados. Si se requieren cambios en base a la nueva valoración, el equipo interprofesional debe discutir los cambios propuestos en las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, resaltando sus beneficios y riesgos, y debe revisar el plan de manejo del dolor para unos resultados de salud óptimos (OCSMC, 2010).

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 39 de 57

RECOMENDACIÓN 4.2:


Comunicar y registrar las respuestas de la persona al plan de manejo del dolor. Nivel de evidencia=IIb

Discusión de la evidencia

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

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

La documentación debe ser accesible a todos los miembros del equipo interprofesional que participan en el cuidado de la persona (Canadian Nurses Association [CNA], 2008). La documentación comunica las actividades de cuidados de cada miembro del equipo interprofesional, como la valoración, la planificación y la implantación de las intervenciones y valida la monitorización y la evaluación de la respuesta de una persona y su capacidad para cumplir con el plan de cuidados y las

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 40 de 57


acciones de seguimiento por parte del equipo (consulte las Recomendaciones en las secciones 1.0, 2.0, 3.0) (Goldberg & Morrison, 2007; Jarzyna et al., 2011).

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

Efectos secundarios del uso de los opioides.

En la actualidad los opioides son el manejo de elección para dolor moderado a severo, sobre todo en el contexto agudo, dada su eficacia e inicio rápido de acción, sin embargo, no están exentos de efectos secundarios. Las manifestaciones de la toxicidad por opioides son variadas y pueden ir desde deterioro cognitivo hasta convulsiones, manifestaciones causadas por metabolitos derivados de los mismos, principalmente los metabolitos derivados de la morfina: morfina 3 glucoronido y morfina 6 glucoronido. El primero es el responsable de la neurotoxicidad (hiperexcitabilidad, delirium, alucinaciones, mioclonías, convulsiones), mientras que el segundo es el responsable de los efectos secundarios clásicos (nauseas, vómito, constipación y depresión respiratoria). La depresión respiratoria es el efecto secundario más temido por su potencial mortalidad o daño cerebral, por lo cual es necesario identificar tempranamente a los pacientes en riesgo de padecerla, sobre todo ya que se considera una complicación prevenible. La incidencia de esta complicación es variable oscilando entre 0.1 y 37% dependiendo del tipo de opioide administrado, vía de administración, tipo de monitorización y definición de depresión respiratoria. En el caso de los adultos existe una relación directa entre la dosis y la frecuencia de presentación de depresión respiratoria, pero esta relación no es muy clara en la población pediátrica. En el manejo del dolor agudo postoperatorio, el 80% de los casos de depresión respiratoria se presentan dentro de las primeras 24 horas luego del inicio de su uso.

En el 2012 se emitió una alerta por parte de la Joint Commission, donde se recomienda instaurar una serie de políticas hospitalarias para minimizar el riesgo de depresión respiratoria, entre las que incluyen: reconocimiento del paciente con alto riesgo, hacer uso adicional de regímenes analgésicos

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 41 de 57

no-opioides, mejorar la calidad de la valoración del estado de sedación, ventilación y oxigenación a los pacientes que reciben opioides; y mejorar los procesos de atención a los incidentes relacionados con el uso de opioides.


Clínicamente la sobredosis de opioides se caracteriza por la combinación de tres signos y síntomas, a los que suele hacerse referencia como la “tríada por sobredosis de opioides”. Los síntomas de esa tríada son:

- Deterioro de la consciencia.
- Depresión respiratoria dada por desaturación < 90% o bradipnea < 12 respiraciones/minuto.
- Pupilas puntiformes (miosis).

Siendo la somnolencia o sedación no intencional por opioides la manifestación más temprana y la cual debe alertar respecto a esta potencial complicación. El riesgo de sobredosis por opioides en el ámbito hospitalario es mayor en los siguientes pacientes:

- Paciente bajo tratamiento con opioides inyectables.
- Combinación del opioide con otras sustancias sedantes (haloperidol, antihistamínicos, benzodiacepinas).
- Pacientes con comorbilidades hepáticas (insuficiencia hepática, cirrosis), pulmonares (EPOC, síndrome de apnea obstructiva del sueño).
- Prescripción de dosis elevada.
- Edad avanzada.
- Uso crónico de opioides.

Ante el uso de opioides en los pacientes con los factores de riesgo mencionados, se debe tener una revisión frecuente del paciente por parte del personal de enfermería, así como verificar las dosis del opioide, la respuesta, la forma de administración, el cumplimiento de analgesia multimodal, la interacción con otros fármacos y comunicar al resto del personal asistencial la presencia de dichos factores de riesgo.

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 42 de 57


La muerte por sobredosis de opioides puede evitarse si se aplican las reglas básicas de primeros auxilios y se administra a tiempo naloxona, un antagonista opioide. El paciente en apnea requiere un estímulo farmacológico o mecánico para respirar. Para el paciente estuporoso, que mantiene frecuencia respiratoria de 12 respiraciones o menores, se debe proporcionar ventilación vía mascarilla facial, elevación de mentón, luxación de mandíbula y maniobras para asegurar que la posición ayude a disminuir la hipercarbia.

La naloxona es el antídoto para tratar sobredosis por opioides, es un antagonista competitivo del receptor mu y revierte todos los signos de intoxicación por opioide. Se puede usar por vía parenteral, intranasal, intramuscular o pulmonar; no se recomienda su uso vía oral. El inicio de acción es menor de 2 minutos cuando se administra por vía IV y su duración de acción es de 20-90 minutos.

La dosis efectiva depende de la cantidad de opioide administrado al paciente, la afinidad relativa de naloxona al receptor mu y el opioide a ser desplazado, el peso del paciente y el grado de penetración al SNC. Generalmente no se conocerá esta información en situaciones de urgencia por lo que el tratamiento es empírico y se basa en la respuesta clínica obtenida. La dosis inicial de naloxona en adultos es de 0.4 mg, y si no se observa respuesta se debe repetir la administración cada 2 minutos, hasta llegar a un máximo de 15mg.

La reversión de los síntomas es transitoria, y la presencia de depresión respiratoria sostenida es indicación para iniciar una infusión continua de naloxona o incluso intubación orotraqueal.

Debemos recordar que los pacientes pediátricos tienen una absorción, metabolismo y distribución distinta a la de los adultos. Se recomienda que los niños menores de 3 años que reciban opioides con formulaciones de liberación prolongada, deben mantenerse en observación por lo menos 24horas.

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 43 de 57

GLOSARIO DE TÉRMINOS

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

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


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

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

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

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

Características del dolor: el dolor se puede describir en función de unas características específicas, como: 1) área(s) del cuerpo involucrada(s), 2) sistema(s) del cuerpo afectado(s), y 3) la duración, y 4)

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 44 de 57

la frecuencia, 5) la intensidad 6) el tipo de sensaciones (ej. punzante, palpitante...) y 7) la causa (si se conoce) (Merskey & Bogduk, 1994).

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


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

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

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

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

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 45 de 57

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

Dolor: una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño (IASP, 2012c). El dolor puede ser agudo o persistente (crónico) o las dos a la vez.

Dolor agudo: es la percepción de las señales de peligro del tejido dañado recientemente, complicado por la sensibilización en la periferia y en el sistema nervioso central. Su intensidad y resolución cambia en los procesos inflamatorios, la cicatrización de los tejidos y el movimiento. El dolor agudo desagradable promueve la supervivencia. El dolor agudo es el dolor a corto plazo de menos de doce semanas de duración.


Dolor persistente (crónico): es el dolor que dura más tiempo de lo habitual para la curación (es el dolor después de un traumatismo o cirugía) (IASP, 2012b).

Dolor nociceptivo: el dolor surge del daño real o potencial a los tejidos no neurales y debido a la activación de los nociceptores. Se produce en un sistema nervioso que funciona de forma normal en comparación con el funcionamiento anormal en el dolor neuropático.

Dolor neuropático: el dolor es causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial.

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

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 46 de 57

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


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

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

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

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

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 47 de 57

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

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


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

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

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


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

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

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 48 de 57

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

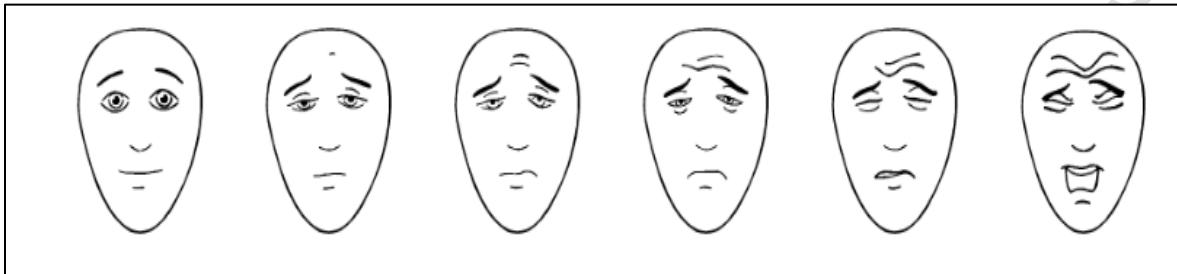
PROPIEDAD INTELECTUAL C.A.S.A

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 49 de 57

ANEXO

HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR.

Escala de dolor con caras revisada (FPS - R): diseñada para ser usada en niños de 5 – 12 años.



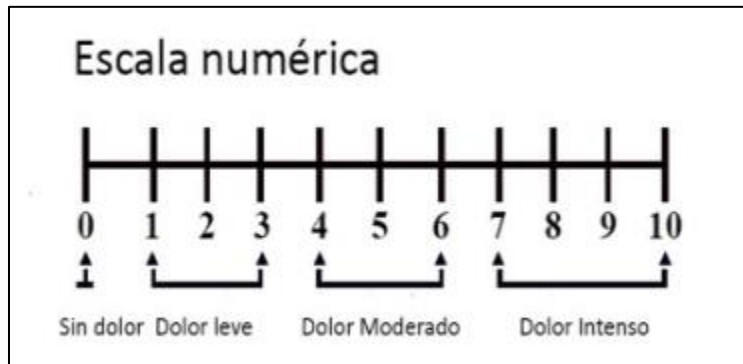
Instrucciones

En las instrucciones que siguen, utilice la palabra "daño" o "dolor" según sea la forma más adecuada para cada niño/a.

"Estas caras muestran cuánto dolor puedes tener tú. Esta cara [señalar la cara que está más a la izquierda del niño/a] no muestra dolor. Las caras muestran más y más dolor [señalar cada una de las caras de izquierda a derecha] hasta llegar a ésta [señalar la cara que está más a la derecha del niño/a] que muestra muchísimo dolor pida al niño que apunte la cara que muestre cuánto dolor ha tenido [cuánto dolor tienes ahora]."

Asigne una puntuación a la cara que ha seleccionado. Contando de izquierda a derecha sería: 0, 2, 4, 6, 8, o 10, de manera que "0" significa "ningún dolor" y "10" significa "muchísimo dolor". No se deben usar palabras como "contento" y "triste". El objetivo de esta escala es medir cómo se siente el niño en su interior, no la apariencia externa de su rostro.

Escala numérica (NRS): se utiliza en adolescentes, adultos, personas mayores y niños mayores de 8 años sin deterioro cognitivo.




Explique a la persona, que en esta escala de evaluación consiste en los números del 0 al 10, 0 representa la ausencia de dolor y 10 el dolor insoportable, a continuación, pida a la persona que clasifique su dolor de 0 a 10.

Escala de dolor para niños prematuros (PIPP): diseñada para neonatos a término y pretérmino.

Proceso	Parámetros	0	1	2	3
Gráfica	Edad gestacional	>36 sem	32 a <36 sem	28-32 sem	<28 sem
Observar al niño 15 s	Comportamiento	Activo/Despierto	Quieto/Despierto	Activo/Dormido	Quieto/Dormido
		Ojos abiertos	Ojos abiertos	Ojos cerrados	Ojos cerrados
Observar al niño 30 s		Mov. faciales	No mov. faciales	Mov. faciales	No mov. faciales
	FC max	0-4 lat/min	5-14 lat/min	15-24 lat/min	>25 lat/min
	Sat O2 min	0-2,4%	2,5-4,9%	5-7,4%	>7,5%
	Entrecejo fruncido	Ninguna	Mínimo	Moderado	Máximo
	Ojos apretados	Ninguna	Mínimo	Moderado	Máximo
Surco nasolabial		0-9% tiempo	10-39% tiempo	40-69% tiempo	>70% tiempo
		No	Mínimo	Moderado	Máximo
			0-39% tiempo	40-69% tiempo	>70% tiempo

>36 sem valor máximo 18 (<8 ausencia o mínimo dolor. >8 dolor moderado o intenso).


Es una escala de medida multidimensional que está muy bien aceptada por tener en cuenta la edad gestacional. Se compone de siete parámetros que incluyen indicadores de conducta, desarrollo y fisiológicos. Cada indicador se valora de 0 a 3. Un rango de 21 corresponde a una edad gestacional menor a 28 semanas y para más de 36 semanas el máximo es de 18. Para todas las edades gestacionales un valor menor o igual a 6 indica la no existencia de dolor o la presencia de un mínimo

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 51 de 57

dolor y valores mayores o igual a 12 indican dolor moderado o intenso. Ha sido validada para el dolor postoperatorio y para determinar la eficacia de la sacarosa en intervenciones no farmacológicas en niños pretérmino y grandes prematuros.

Escala comportamental de dolor: Aplicable a adultos en estado crítico intubados (BPS) y no intubados (BPS NI) con delirium.


BPS		BPS NI	
Expresión facial		Expresión facial	
Relajado	1	Relajado	
Parcialmente contraída (ejemplo, fruncir el ceño)	2	Parcialmente contraída (ejemplo, fruncir el ceño)	
Fuertemente contraída (ejemplo, ojos cerrados)	3	Fuertemente contraída (ejemplo, ojos cerrados)	
Mueca de dolor	4	Mueca de dolor	
Movimiento de miembros superiores		Movimiento de miembros superiores	
Sin movimientos	1	Sin movimientos	
Parcialmente flexionado	2	Parcialmente flexionado	
Fuertemente flexionado con flexión de dedos	3	Fuertemente flexionado con flexión de dedos	
Permanentemente flexionados	4	Permanentemente flexionados	
Adaptación a la ventilación mecánica		Vocalización	
Tolerando la ventilación mecánica	1	No vocalización de dolor	
Tosiendo, pero tolerando ventilación mecánica la mayoría del tiempo	2	Gemido infrecuente (≤ 3 minutos) y no prolongado (≤ 3 segundos)	
Luchando con el ventilador	3	Gemido frecuente (≥ 3 minutos) o prolongado (≥ 3 segundos)	
Imposible de ventilar	4	aullidos o quejas verbales: incluido ¡Ow!, ¡Ay! o aguantar la respiración.	
Ausencia de dolor: ≤ 3 puntos.		Máximo dolor= 12 puntos	

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 52 de 57

BIBLIOGRAFÍA


1. Accreditation Canada. (2011). *Pain Management Standards from Canadian Council on Health Service Accreditation*. Retrieved from <http://www.canadianpainsociety.ca/pdf/Standards-Statement-CCHSA.pdf>
2. Al-Atiyat, N.M.H. (2008). Patient-related barriers to effective cancer pain management. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(4), 198-204.
3. American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons (AGS). (2009). Pharmacological management of persistent pain in older persons. *The Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1331-1346.
4. American Medical Directors Association (AMDA). (2012). *Pain management in the long term care setting*. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA).
5. Anand, K. J. S. (1999). Effects of perinatal pain and stress. *Progress in Brain Research*, 122, 117-129.
6. Anand, K. J., Aranda, J. V., Berde, C. B., Buckman, S., Capparelli, E. V., Carlo, W., . . . Walco, G. A. (2006). Summary proceedings from the neonatal pain-control group. *Pediatrics*, 117 (3), S9–S22.
7. Anand, K. J., & Craig, K. D. (1996, 1998). Perspectives on the definition of pain (Editorial). *Pain*, 67(1), 209-211.
8. Andersen, K., & Kehlet, H. (2011). Persistent pain after breast cancer treatment: A critical review of risk factors and strategies for prevention. *The Journal of Pain*, 12(7), 725-746.
9. Arbour, C., & Gélinas, C. (2010). Setting goals for pain management when using a behavioural scale: Example with the critical-care pain observation tool. *Critical Care Nurse*, 31(6), 66-8.
10. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (ANZCA). (2010). *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. Retrieved from: <http://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/pdfs/Acute%20Pain%20Management/books-and-publications/acutepain.pdf>
11. Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C., & Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.

12. Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gelinas, C., Dasta J. F. Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306.
13. Bell, L., & Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing: A literature review. *British Journal of Nursing*, 18(3), 153-156.
14. Bennett, M. I., Attal, N., Backonja, M. M., Baron, R., Bouhassira, D., Freynhagen, R. Jensen, T. S. (2007). Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain*, 127(3), 199-203.
15. Bennett, M. I., Smith, B. H., Torrance, N., & Potter, J. (2005). The S-LANSS score for identifying pain of predominantly neuropathic origin: Validation for use in clinical and postal research. *Journal of Pain*, 6, 149–158.
16. Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236-248.
17. Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J.,...Vicaut, E. (2005). Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*, 114, 29-36.
18. Breau, L. M., McGrath, P. J., Camfield, C.S., & Finley, G.A. (2002). Psychometric properties of the noncommunicating children's pain checklist-revised. *Pain*, 99. 349–57.
19. Brink-Huis, A., van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2008). Pain management: A review of organizational models with integrated processes for the management of pain in adult cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), 1986-2000.
20. Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G.,...Zitzelsberger, L., for the AGREE Next Steps Consortium. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839-42.
21. Brown, D.N., McCormack, B.G., & McGarvey, H. (2005). Factors influencing the control of post-operative pain in older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15, 149-156.
22. Brummelte, S., Grunau, R. E., Chau, V., Poskitt, K. J., Brant, R., Vinall, J.,...Miller, S. P. (2012). Procedural pain and brain development in premature newborns. *Annals of Neurology*, 71(3), 385-396.
23. Canadian Health Services Research Foundation. (2006). *Conceptualizing and combining evidence*. Retrieved from www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php#definition


	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 54 de 57

24. Canadian Institute of Health Research (CIHR). (2009). *Knowledge to Translation Definition*. Retrieved from <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html>
25. Canadian Nurses Association (CNA). (2008). *Code of Ethics for Registered Nurses*. Retrieved from http://www2.cnaaiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_e.pdf
26. Canadian Nurses Association (CNA). (2012). *Competencies 2012-2015*. Retrieved from <http://www.cna-aiic.ca/en/becoming-an-rn/rn-exam/competencies/>
27. Canadian Pain Coalition. (2012). *Pain in Canada Fact Sheet*. Canadian Pain Society. Retrieved from http://www.canadianpainsociety.ca/pdf/pain_fact_sheet_en.pdf
28. Canadian Pain Society. (2010). Inclusion of pain management in the AIM1 Standards. Retrieved from http://www.canadianpainsociety.ca/en/about_policy.html
29. Cancer Care Ontario. (2008). *Practice Evidence-Based Series #16-2. Cancer-related pain management: A report of evidence-based recommendations to guide practice*. Retrieved from <http://www.cancercare.on.ca>
30. Castillo-Bueno M. D., Moreno-Pina J. P., Martínez-Puente M. V., Ariles-Sua´rez M. M., Company-Sancho M. C, Garcí’a-Andre´s, et al. (2010). Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain: A systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 8(28), 1112–1168.
31. Chambers, C. T., Taddio, A., Uman, L. S., McMurtry, C. M., & Team, H. (2009). Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: a systematic review. *Clinical Therapeutics*, 31 (2), S77-S103.
32. Chanques, G., Jaber, S., Barbotte, E. Violet, S., Sebbane, M., Perrigault, P-F,....Eledjam, J-J. (2006). Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34(6),1691-1699.
33. Chanques, G., Payen, J. F., Mercier, G., de Lattre, S., Viel, E., Jung, B,....Jaber S. (2009). Assessing pain in nonintubated critically ill patients unable to self-report: An adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive Care Medicine*, 35, 2060-2067.
34. Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P. M., Boulanger, A., ...Ware, M. (2010). The Canadian STOP-PAIN project – Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anesthesia*, 57, 539–548.
35. Cignaccio, E., Hamers, J. P. H., Staffel, L., van Lingen, R. A., Gessler, P., McDougal, J., & Nelle, M. (2007). The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of

- procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. *European Journal of Pain*, 11, 139-152.
36. Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 23(2), 129–38.
37. College of Nurses of Ontario (CNO). (2013a). *Consent*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from [http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/College of Nurses of Ontario \(CNO\). \(2008\). Documentation Standard, Revised 2008](http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/College%20of%20Nurses%20of%20Ontario%20(CNO).%20(2008).%20Documentation%20Standard,%20Revised%202008). Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41001_documentation.pdf
38. College of Nurses of Ontario (CNO). (2013b). *Therapeutic nurse-person relationship*, Revised 2006. Toronto: College of Nurses. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf (Original work published in1999; Reprinted 2008).
39. College of Nurses of Ontario (CNO). (2011). *RN and RPN Practice: The Client, the Nurse and the Environment*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from <http://www.cno.org/Global/docs/prac/41062.pdf>
40. Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour for the treatment of chronic pain. *British Journal of Community Nursing*, 16(2), 90-98.
41. Coskun, V., & Anand, K. J. S. (2000). Development of supraspinal pain processing. *Pain Research and Clinical Management*, 10, 23-54.
42. Courtenay, M., & Carey, N. (2008). The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), 2001-2013.
43. Craig, K. D. (1998). The facial display of pain. *Progress in Pain Research and Management*, 10, 103-122.
44. Crowe, L., Chang, A., Fraser, J.A., Gaskill, D., Nash, R., & Wallace, K. (2008). Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing or relieving post-operative pain. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(4), 396-430
45. Crowley, M. A., Storer, A., Heaton, K., Naccarato, M. K., Proehl, J. A., Moretz, J. D., & Li, S. (2011). Emergency nursing resource: Needle-related procedural pain in pediatric patients in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 246-251.
46. Cummings, C. G., Olivo, S. A., Biondo, P. D., Stiles, C. R., Yurtseven, O., Fainsinger, R. L., & Hagen, N. A. (2011).

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 56 de 57

47. Effectiveness of knowledge translation interventions to improve cancer pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(5), 915-939.
48. Curry Narayan, M. (2010). Culture's effects on pain assessment and management. *American Journal of Nursing*, 110(4), 38 – 47.
49. Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95-111
50. Deandrea, S., Montanari, M., Moja, L., & Apolone, G. (2008). Prevalence of under treatment of cancer pain. *Annals of Oncology*, 19, 1985-1991.
51. Dewar, A. (2006). Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 33-38.
52. Duhn, L. J., & Medves, J. M. (2004). A systematic integrative review of infant pain assessment tools. *Advances in Neonatal care*, 4(3), 126-40.
53. Eccleston, C., Williams, A. C. D. C., & Morley, S. (2013). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-108. Art. No.: CD007407.
54. Feldt, K. S. (2000). The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1),13-21. Field, M., & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.
55. Fishman, S. M., Young, H. M., Arwood, E. L., Chou, R., Herr, K., Murinson, B. B. Strassels, S. A. (2013). Core competencies for pain management: Results of an interprofessional consensus summit. *Pain Medicine*, 14, 971–981.
56. Fleiss, J. L., Levin, B., and Paik, M.C. (2003). *Statistical Methods for Rates and Proportions* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
57. Fuchs-Lacelle, S., & Hadistavropolous, T. (2004). Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Management Nursing*, 5(1), 37-49.
58. Gale Encyclopedia of Medicine© . (2008). Definition of Relaxation Technique. The Gale Group, Inc. Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Relaxation+technique>
59. Gélinas, C. (2010). Nurses' evaluations of the feasibility and the clinical utility of the Critical-Care Pain Observation Tool. *Pain Management Nursing*, 11(2),115-125.

	GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR	Código: E-GCC-G-035
		Versión: 001
		Fecha: Mayo 2018
		Página: 57 de 57

60. Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*, 15(4), 420-427.
61. Gélinas, C., Harel, F., Fillion, L., Puntillo, K. A., & Johnston, C. C. (2009). Sensitivity and specificity of the criticalcare pain observation tool for the detection of pain in intubated adults after cardiac surgery. *Journal of Pain & Symptom Management*, 37(1), 58-67.
62. Gélinas, C., & Johnston, C. (2007). Pain assessment in the critically ill ventilated adult: Validation of the CriticalCare Pain Observation Tool and physiological indicators. *The Clinical Journal of Pain*, 23(6), 497-505.
63. Goldberg, G. R., & Morrison, R. S. (2007). Pain management in hospitalized cancer patients: A systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 25(13), 1792–1801.

CONTROL DE CAMBIOS					
Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Mayo 2018	Creación de la Guía de Evaluación y Manejo del Dolor	Coordinación Tecnocientífico	Comité de Gestión de Guías	Comité de Guías.