

RESUMEN RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y HEMATOLÓGICO HOSPITALIZADO

En el CHUA se han incorporado algunas recomendaciones basadas en la evidencia para ayudar a prevenir, mitigar y tratar el dolor en nuestros pacientes, convirtiendo el **alivio del dolor en una prioridad**.

Valoración inicial del dolor. Se realizará **al ingreso** y se registra el resultado (0-10) en el formulario de **constantes y parámetros**: Intensidad, tipo de dolor (agudo o crónico) y localización del dolor. Para **valorar la intensidad del dolor como quinta constante vital** se utilizará la Escala verbal numérica/Escala Visual Analógica (EVA). (Anexo I).

Asignar agrupación de cuidados de Onco-Hematología para la valoración y manejo del dolor:

1. **Valoración del dolor con escala c/ 8 h** y cada vez que el paciente tenga un pico de dolor y registrar
2. **Valorar el dolor tras analgesia**, aprox. entre 30 minutos/1 hora después y registrar
3. **Opcionales**, según las necesidades del paciente:
 - **Medida analgésica no farmacológica** si aplicamos frío, calor, medidas de distracción, música, visitas restringidas, mínima luz...
 - **Valoración del dolor antes, durante y después de procedimiento** si por ejemplo se realiza punción lumbar, punción del Port-a-Cath®, gasometrías arteriales, movilizaciones o curas dolorosas... Anotar qué tipo de analgesia o analgésico se ha utilizado (frío, calor, Emla®, cloruro mórfico...) en los procedimientos.
 - **Canalizar vía venosa con analgesia local** si se aplica Emla® en la punción del Port-a-Cath®...
 - **Valorar mucosa oral c/24h**. Este cuidado se debe poner siempre en: pacientes con **quimioterapia/radioterapia**, neutropénicos en **aislamiento inverso** y cuando ingresan para **trasplante de células madre hematopoyéticas (TASPE)**. Registrar el **grado** de Mucositis en el **formulario de parámetros y constantes** (bajo el dolor).

Vigilar los posibles efectos secundarios de la analgesia opioide, muy importante la comunicación activa auxiliar-enfermera-médico:

- **Estreñimiento:** es obligada la prescripción de un laxante siempre por parte del facultativo. Educar a los pacientes sobre posibles ajustes en la dieta para mejorar el peristaltismo intestinal, teniendo en cuenta las circunstancias personales. Se controlará y anotará el número y las características de las **deposiciones** del paciente de manera sistemática **cada 12 horas**. Si el paciente no hace deposición, como **mínimo cada 2-3 días** se deberá poner en conocimiento del facultativo.
- **Náuseas/vómitos:** Deberá asegurarse de que a los pacientes se les ha prescrito un antiemético “a demanda”; y en caso de que aparezcan, se administrarán de forma fija. Consultar con un médico el cambio de antiemético si no se produce una mejora con las dosis apropiadas. Se controlará la cantidad de **ingesta de alimentos** del paciente **cada 12 horas**.
- **Somnolencia, confusión:** Común al inicio y suele aparecer tolerancia a los días, por lo que desaparecerá. Si persiste durante más de 72 horas o aparece confusión y alucinaciones, avisar al facultativo. La enfermera tiene que estar atenta a signos de alarma (deterioro cognitivo, mioclonias, delirium, hiperalgesia o convulsiones).
- **Xerostomía o sequedad bucal:** Se deberá detectar este síntoma para dar consejos.
- **Retención Urinaria:** Se monitorizará la **diuresis cada 8 horas** y se anotará en la Historia Clínica. Se deberá **informar** a la enfermera o facultativo si la diuresis es **menor a 200cc por turno**.
- **Hipotensión postural:** Se ayudará o vigilará a todo paciente que tome opioides en la movilización, transferencias y deambulación, para evitar posibles caídas.
- **Prurito e hipersudoración.** Informar al médico si el paciente presenta alguna de estos molestos efectos secundarios.

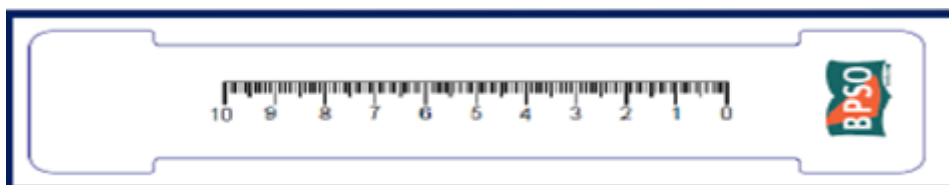
Educación al paciente y familia. Informar sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, corregir falsos mitos. Deben comunicar la falta de alivio, los cambios producidos en el dolor y los efectos secundarios de los analgésicos. Proporcionar el **folleto educativo al ingreso**.

EL DOLOR ES UN PROBLEMA RELEVANTE EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA ;;;COLABOREMOS EN SU PREVENCIÓN Y ALIVIO;;;

ANEXO I: ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

Para medir la intensidad del dolor se utilizan las siguientes escalas:

1. **Escala verbal numérica:** El paciente nos dirá el valor del dolor de 0 a 10. No dolor= 0, dolor leve=1 a 2, dolor moderado= 3 a 5 y dolor intenso o insoportable= 6 a 10.

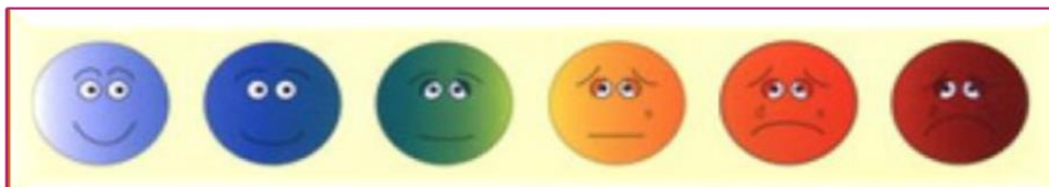


2. **Escala visual analógica (EVA):** Un extremo representa la ausencia del dolor y el otro el máximo dolor. Ambos están unidos por una línea horizontal de 10 cm. El paciente localiza en un punto de la línea horizontal el dolor que tiene. Según el centímetro señalado, el dolor tiene un valor numérico: No dolor= 0, dolor leve=1 a 2, dolor moderado= 3 a 5 y dolor intenso= 6 a 10.



Otra escala validada que se podrían utilizar, según el estado del paciente:

3. **Escala facial del dolor de Wong-Baker:** Esta escala permite valorar el dolor a los pacientes que no pueden comunicarse (sedación, somnolencia, discapacidad psíquica, deterioro cognitivo...). Se recomienda utilizar esta escala junto a una conductual o con parámetros fisiológicos para mejorar la evaluación. Cada cara está asociada a un valor numérico: No dolor= 0, dolor leve=1 a 2, dolor moderado= 3 a 5 y dolor intenso= 6 a 10.



En pacientes que no puedan expresarse verbalmente, se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia.