

Guía de Evaluación del Dolor (Pain Assessment Guide)

Las personas ven y soportan el dolor a su propia manera. Las enfermeras saben que es único a la persona que lo tiene. Es importante averiguar cómo se siente el dolor. Piense en algún dolor que ha tenido, o algún dolor que alguien que conoce haya tenido.

Piense en algún dolor que usted o alguien que usted conoce tenía. Hable acerca de cómo se sintió cuando otro estudiante practica hacer una evaluación del dolor con usted.

Ubicación:

¿Dónde está ubicado el dolor en su cuerpo? ¿Lado derecho, lado izquierdo, o ambos lados?
¿Se mueve hacia otra parte de su cuerpo? Si es que sí, ¿a dónde?

Descripción: (Marque debajo, o escriba los descriptores. Puede incluir más de uno.)

Adolorido	Sordo	Punzante	Sensible
Doloroso	Quemazón	Ardiente	Comezón
Adormecido	Hormigueo	Desgarre	Afilado
Calambre/cólico	Pinchar	Fulgurante	Eléctrico
Palpitante	Atroz	Insistente; continuo; constante	Persistente
Presión	Cansancio	Pinchado; agujerado	Cortante
Palpitante	Irradia	Apretante	Penetrante
Aplastante	Pinchazo	Nauseabundo	Constante
Otras formas de describir su dolor:			

Modificado de Melzack, R. (1983). The McGill pain questionnaire (El cuestionario de dolor de McGill). Obtenido de http://www.fcesoftware.com/images/16_McGill_Pain_Questionnaire.pdf

Duración u oportunidad:

¿Breve (dolor pasajero), intermitente (viene y se va), constante, rítmico, otro?

Guía de Evaluación del Dolor (Pain Assessment Guide)

¿Qué es lo que lo mejora? ¿Qué es lo que lo empeora (no necesariamente con cada evaluación de dolor)?

¿Qué le ha ayudado en el pasado (no necesariamente con cada evaluación de dolor)?

Metas: (no necesariamente con cada evaluación de dolor)

Estaría satisfecho con un puntaje de dolor de _____ de 10.

Me gustaría poder hacer: _____.

Intensidad:

Use la escala de dolor para saber cuán incómodo el paciente está, y si los esfuerzos para manejar el dolor están funcionando o no. Usando esta escala de dolor, el tratamiento y comodidad serán más rápidos y más efectivos.

La escala más simple de dolor es un puntaje de 4 puntos (nada de dolor = 0, leve = 1, moderado = 2, severo = 3). Algunos usan una escala de números 0 al 5. Las escalas de dolor estándares se muestran a continuación.

Los auto-informes de dolor van desde el número 0 (o la cara feliz) que significa nada de dolor, al número 10 a la derecha de la escala (o el rostro llanto), que significa el peor dolor que pueda imaginar.

Practique usando una de las escalas de dolor con su compañero de clase, y escriba las calificaciones de dolor aquí:

Escala de dolor usada _____. Dolor calificado _____ en una escala de 0 a _____.

Resuma su evaluación del dolor para hacer gráficos en el expediente médico:

(Incluya ubicación, descripción, duración u oportunidad y clasificación de intensidad)

Guía de Evaluación del Dolor (Pain Assessment Guide)

Manejo del dolor (publicado por Hospital de Nens de Barcelona)

De 1 mes-3 años y en pacientes no colaboradores

FLACC			
Calificación del dolor de 0 al 10. (El 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo dolor imaginable)			
	0	1	2
Cara	Cara relajada Expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Piernas	Relajadas	Inquietas	Golpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	Rígido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo

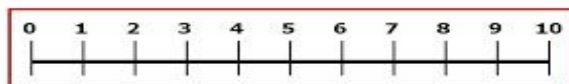
0: no dolor; 1-2: Dolor leve ; 3-5: dolor moderado ; 6-8: dolor intenso; 9-10 : máximo dolor imaginable

De 3 a 7 años colaboradores: Escala de caras de Wong-Baker



0: no dolor; 2: Dolor leve; 4-6 :Dolor moderado; 8: Dolor intenso;
10: máximo dolor imaginable

Desde 8 años colaboradores: Escala numérica de Walco y Howite



0: no dolor; 1-2: dolor leve; 3-6: dolor moderado;
7-8 : dolor intenso; 9-10: máximo dolor imaginable.

Dr. Cachadiña, Dirección de Planificación, Organización y Calidad Obtenido de <http://blogcas.hospitaldenens.com/2013/02/manejo-del-dolor-en-el-medio.html>

Guía de Evaluación del Dolor (Pain Assessment Guide)

¿ Un paciente de 2 años está descansando con una mirada preocupada en su cara. Sus piernas están tensas. Está tensa y inseguro para moverse. Gime de vez en cuando, pero está tranquilo cuando descansa o reposiciona. Después de observarlo por lo menos 2-5 minutos, ¿cómo calificaría su dolor en la escala FLACC? ¿Qué significa ese nivel de dolor?

Face (Cara) ____ Legs (Piernas) ____ Activity (Actividad) ____ Cry (Llanto) ____ Consolability (Consolabilidad) ____

Puntaje total de FLACC _____. Eso significa _____ en escala de palabras o _____ dolor.

Un paciente con dolor de espalda señala al 3^{er} dibujo de la izquierda en la escala de caras.

Clasificación de dolor en la escala de caras es _____. Escala de palabras, eso significa _____, o _____.

Un paciente con dolor de cabeza dice que tiene “el peor dolor.”

Ese grado de dolor en la escala de palabras significa _____ en la escala de números. Eso significa _____ o _____ dolor.

Un paciente con dolor en el hombro apunta al número 2.

Clasificación de dolor en la escala de números ____ significa que el paciente tiene dolor _____.

Un paciente anciano con demencia frunce el ceño y parece preocupado. Sus brazos y piernas son rígidos y flexionados. Está inquieta y tensa, posicionada como si despreviniera un área dolorosa. Ella está llamando repetidamente, pero es capaz de ser distraída por la voz o el tacto. Después de observar por lo menos 2-5 minutos, ¿cómo calificaría su dolor en la escala FLACC?

Face (Cara) ____ Legs (Piernas) ____ Activity (Actividad) ____ Cry (Llanto) ____ Consolability (Consolabilidad) ____

Puntaje total de FLACC ____ significa ____ en escala de palabras. En la escala de Palabras, eso significa _____, o _____ dolor.