

Evaluación del dolor del niño

Métodos para evaluar la intensidad del dolor

En este folleto explicamos los cuatro niveles de dolor que usamos en el hospital Seattle Children's. El nivel de desarrollo determina cuál será la escala más adecuada para medir el dolor. Use la edad sólo como una guía.

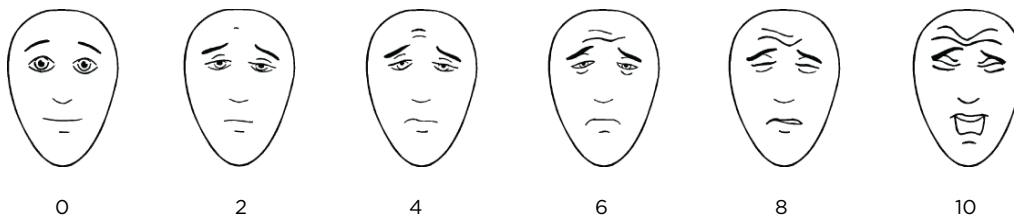
ESCALA de 0 a 10 para niños mayores de 7 años

En una escala de 0 a 10, donde '0' es cuando no le duele nada y '10' es el peor dolor que uno se pueda imaginar, ¿qué número le darías al dolor que sientes en este momento?

0 10
Ausencia de dolor El peor dolor imaginable

ESCALA DE DOLOR CON CARITAS - EDITADO (FPS-R) para niños mayores de 3 años.

Señala con el dedo la carita que representa el dolor que sientes en este momento.



Estas caritas muestran cuánto dolor una persona puede sentir. Las de la izquierda muestran que no te duele nada y hacia la derecha, el dolor es cada vez peor. La última, a la derecha, es la que demuestra el peor dolor de todos.

ESCALA DE DOLOR FLACC para niños de 1 a 3 años de edad

FLACC (cara, piernas, actividad y consuelo, siglas en inglés) es una escala para evaluar el dolor que se utiliza con pacientes que no hablan y no pueden expresar cuánto dolor sienten. Póngale un número a cada una de las cinco categorías de acuerdo a cómo ve a su niño. Súmelos y anote el resultado (0 a 10).

	0	1	2
Cara	No tiene expresión ni sonríe.	Ocasionalmente hace muecas o frunce el ceño pero está retraído y desinteresado.	Frunce el ceño con frecuencia, aprieta los dientes constata o frecuentemente, le tiembla el mentón.
Piernas	Posición normal o relajada.	Molesto, inquieto, tenso.	Patea o levanta las piernas.
Actividad	Acostado en silencio, posición normal y se mueve con facilidad.	Se retuerce, da muchas vueltas, tenso.	Se arquea, se pone rígido o se sacude.
Llanto	No llora (despierto o dormido).	Gime y se queja de vez en cuando.	Llora sin parar, grita o solloza y se queja constantemente.
Consuelo	Tranquilo, relajado.	Se tranquiliza cuando le tocan, abrazan o le hablan; se puede distraer.	Es difícil consolarlo o tranquilizarlo.

Agradecimientos:

Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) (Escala de caras para evaluación del dolor) (2001) Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. Faces Pain Scale-Revised: *Toward a Common Metric in Pediatric Pain Measurement*. *Pain* 93:173-183 (Escala de caras para evaluación del dolor, editada: hacia una medición en común para evaluar el dolor en pediatría). Con instrucciones y traducciones encontradas en el sitio:

<http://www.usask.ca/childpain/fpsr/>. Esta figura ha sido reproducida con autorización de la *International Association for the Study of Pain*® (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) (IASP®) y no puede ser reproducida con ningún propósito sin autorización.

Escala FLACC para evaluación del dolor. Fuente: Merkel SI, et al. (1997). *Practice applications of research* (Aplicaciones prácticas de la investigación). FLACC: *a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children* (Escala FLACC de tipo conductual para dolor postoperatorio en niños). *Pediatric Nursing* (Enfermería pediátrica) 23(3):293-297.

N-PASS Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale © (Escala N-PASS para evaluación del dolor neonatal, agitación y sedación) Loyola University Health System, Loyola University Chicago, 2009 (Rev. 2/10/09) Pat Hummel, MA, APN, NNP, PNP. Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida en ninguna forma o método, electrónico o mecánico sin la autorización escrita de su autor. La validez y confiabilidad de esta herramienta se encuentran en periodo de prueba, los autores no aceptan ninguna responsabilidad por los errores, omisiones o cualquier consecuencia a partir de la aplicación o interpretación de este material.

EVALUACIÓN DEL DOLOR NEONATAL N-PASS, ESCALA DE AGITACIÓN Y SEDACIÓN para bebés de menos de 1 año

La escala de dolor neonatal, agitación y sedación (N-PASS) es un método de evaluación para bebés. Trabajando juntos, con usted, el grupo clínico evaluará a su niño en cada una de las categorías. Sume el puntaje de cada una y anote el resultado (0 a 10) y el puntaje de sedación (0 a 10) según corresponda.

Evaluación del dolor en bebés prematuros: agregue 1 punto si fueron menos de 30 semanas/corrección de la edad.

Criterio de evaluación	Sedación		Sedación/ dolor	Dolor/Agitación	
	-2	-1	0/0	1	2
Llanto Irritabilidad	No llora con estímulos dolorosos.	Gime o llora con pocos estímulos dolorosos.	Sin sedación. Sin signos de dolor.	Irritable o con ataques de llanto. Se lo puede tranquilizar (consolar).	Llanto continuo, silencioso o agudo. No se tranquiliza (inconsolable).
Comportamiento	No se despierta con estímulos. No se mueve.	Se despierta un poco con estímulos. Se mueve muy poco.	Sin sedación. Sin signos de dolor.	Inquieto, se retuerce. Se despierta seguido.	Se arquea y patea Está despierto todo el tiempo o se despierta un poco. No se mueve (no está sedado).
Expresión facial	Tiene la boca relajada Sin expresión.	Poca expresión con estímulos.	Sin sedación. Sin signos de dolor.	Demuestra dolor esporádicamente	Demuestra dolor continuamente.
Tono muscular de brazos y piernas	Sin reflejo de agarre o reflejo palmar. Tono lánguido (flaccidez).	Reflejo de agarre o palmar débil. Menor tono muscular.	Sin sedación. Sin signos de dolor.	Los dedos de los pies y los puños apretados o abre y separa los dedos de la mano. No tiene el cuerpo tenso.	Los dedos de los pies y los puños apretados o abre y separa los dedos de la mano. Tiene el cuerpo tenso.
Signos vitales: Ritmos cardíaco y respiratorio, presión arterial, saturación de oxígeno (SaO₂)	No hay cambio con estímulos. Hipoventilación o apnea.	Variación menor del 10% de los valores iniciales, con estímulos.	Sin sedación. Sin signos de dolor.	Aumento del 10% a 20% por encima de los valores iniciales. SaO ₂ a 76% a 85% con estímulos: aumento rápido.	Aumento de más del 20% de los valores iniciales. SaO ₂ menor o igual a 75% con estímulos: aumento lento. Resistencia al respirador.

Seattle Children's ofrece servicios gratis de interpretación para pacientes, miembros de la familia y representantes legales sordos, con problemas de audición o con dominio limitado del inglés. Seattle Children's pondrá a disposición esta información en formatos alternativos bajo solicitud. Por favor llame al Centro de recursos para las familias al 206-987-2201. Este volante fue revisado por personal clínico de Seattle Children's. Sin embargo, las necesidades de su niño son únicas. Antes de actuar o depender de esta información, por favor consúltelo con el proveedor de atención médica de su niño.

© 2010 Seattle Children's Hospital, Seattle, Washington. Derechos reservados.

7/10
PE952S