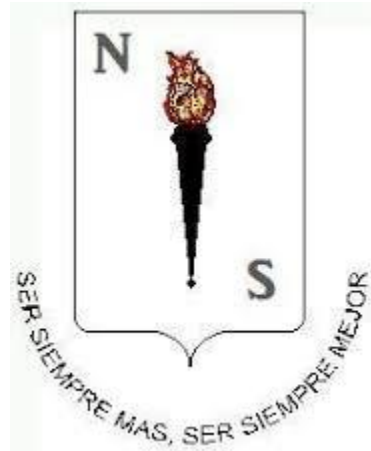


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

MANEJO Y CUIDADO DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DOLOR  
CRÓNICO Y AGUDO, EN LA PERSPECTIVA DE MARGARET JEAN HARMAN WATSON

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
MARÍA GUADALUPE AGUILAR RICO

ASESORA DE TESIS:  
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN, 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme vida y permitirme continuar mi camino, por ayudarme a vencer cada obstáculo, cumplir cada meta, a levantarme de cada caída y levantarme con más fuerza.

A mi familia, por ser los principales promotores de mis sueños, por ser mi soporte en este difícil camino, por su apoyo incondicional, por el enorme sacrificio que han hecho para que yo pudiera llegar hasta aquí, por su compañía en todo momento, por sus enseñanzas y consejos.

En especial a mi hermana Adriana, pues ella fue el principal cimiento para construcción de mi vida profesional, sentó en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ella tengo el mejor ejemplo pues sus virtudes infinitas y su gran corazón a admirarla cada día más.

A mi universidad, gracias por haberme permitido formarme en ella, gracias a cada uno de los maestros que fueron partícipes de todo este proceso, por haber puesto su mayor esfuerzo para transmitir su conocimiento y lograr la culminación de mi carrera.

Agradezco también a mi asesor de tesis, por todo su esfuerzo y dedicación a lo largo de éste proyecto de investigación, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, también agradezco su paciencia y orientación durante todo el desarrollo de la tesis.

Finalmente agradezco a mis amigas, por darme la oportunidad de formar parte de su vida, por compartir sueños, metas, logros, caídas, regaños, noches de estrés, aventuras locas, pero sobre todo gracias por su apoyo incondicional durante estos 4 años.

## DEDICATORIAS

Dedico esta tesis de manera especial a mi hermana, por ser mi soporte a lo largo del difícil desarrollo de éste proyecto, por apoyarme y aconsejarme durante la elaboración de éste, por guiarme para lograr los mejores resultados siempre y por ser un ejemplo para mi vida.

A mi familia por su apoyo y compañía incondicional durante el transcurso de mi carrera, por su compañía en las noches de desvelo, por enseñarme a enfrentar mis miedos, a seguir con la frente en alto a pesar de cometer errores y a levantarme con fuerza después de cualquier tropiezo.

## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	4
<b>2.1 VIDA Y OBRAS</b> .....	4
<b>2.2 INFLUENCIAS</b> .....	6
<b>2.3 HIPÓTESIS</b> .....	6
<b>2.4 JUSTIFICACIÓN</b> .....	6
<b>2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	7
<b>2.6 OBJETIVOS</b> .....	8
<b>2.6.1 GENERAL</b> .....	8
<b>2.6.2 ESPECÍFICOS</b> .....	8
<b>2.6 MÉTODOS</b> .....	9
<b>2.7 VARIABLES</b> .....	10
<b>2.9 ENCUESTA</b> .....	11
<b>2.10 GRAFICADO</b> .....	14
<b>3. GENERALIDADES</b> .....	14
3.1 CONCEPTOS.....	14
3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL DOLOR.....	16
3.3 EL CONCEPTO DEL DOLOR EN LA ANTIGÜEDAD .....	18
3.4 CONCEPTO DEL DOLOR .....	19
3.5 CLASIFICACIÓN BÁSICA DEL DOLOR: AGUDO Y CRÓNICO.....	24
3.6 EL DOLOR CRÓNICO EN LA HISTORIA .....	27
3.7 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR SEGÚN SU FISIOPATOLOGÍA .....	34
3.8 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR DE ACUERDO CON EL CURSO DE EVOLUCIÓN. .....	37
<b>4. DOLOR CRÓNICO Y AGUDO</b> .....	38
4.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL DOLOR .....	38
4.2 DOLOR AGUDO .....	39
4.3 FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR AGUDO.....	39
4.4 DOLOR CRÓNICO .....	48
4.5 MODULACIÓN DEL DOLOR.....	49
4.6 FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR CRÓNICO.....	50
4.7 PAPEL DEL CEREBRO EN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR.....	52
4.8 MECANISMOS DE PRODUCCION DEL DOLOR .....	53

<b>5. MANEJO DEL DOLOR .....</b>	<b>54</b>
5.1 CULTURA DEL MANEJO DEL DOLOR EN ENFERMERÍA.....	55
5.1.1 EL DOLOR Y EL NIVEL CULTURAL DE LOS PACIENTES .....	56
5.2 INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	57
5.3 PARÁMETROS DE PRÁCTICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN MÉXICO	58
5.3.1 PROPÓSITO DE LOS PARÁMETROS DE PRÁCTICA.....	58
5.3.2 PLANES PROACTIVOS.....	59
5.3.3 ENTRENAMIENTO Y EDUCACIÓN HOSPITALARIA .....	59
5.3.4 ENTRENAMIENTO DEL PACIENTE Y DE SUS FAMILIARES. ....	59
5.3.5 POLÍTICAS INSTITUCIONALES.....	59
5.3.6 DOCUMENTACIÓN DEL DOLOR.....	60
5.3.7 EVALUACIÓN DEL DOLOR .....	60
5.3.8 CONSIDERACIONES ESPECIALES RESPECTO A LA EVALUACIÓN INICIAL .....	61
5.4 MANEJO DEL DOLOR AGUDO POS QUIRÚRGICO.....	62
5.4.1 EFECTOS DEL DOLOR.....	63
5.5 MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS .....	64
5.5.1 EL PROBLEMA DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS .....	65
5.5.2 EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	67
5.5.3 MANEJO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS .....	68
5.5.4 ESCENARIOS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS .....	69
5.6 MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR.....	70
5.6.1 TIPOS DE FÁRMACOS ANALGÉSICOS.....	70
5.7 MANEJO DEL DOLOR NO FARMACOLÓGICO .....	71
5.7.1 FISIOTERAPIA EN EL ALIVIO DEL DOLOR.....	71
5.7.2 MASAJE.....	72
5.7.3 RELAJACIÓN.....	73
5.7.4 ACUPUNTURA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR.....	74
5.7.5 MINDFULNESS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR.....	75
5.8 SATISFACCIÓN CON EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS .....	77
<b>6. CLÍNICAS DEL DOLOR.....</b>	<b>79</b>
6.1 ¿QUÉ SON?.....	79

6.2 APARICIÓN DE LAS CLÍNICAS DEL DOLOR .....	79
6.3 ¿CÓMO SURGEN LAS CLINICAS DEL DOLOR EN EL MUNDO? .....	80
6.4 ¿CÓMO SURGEN LAS CLÍNICAS DEL DOLOR EN MÉXICO?.....	80
6.5 FUNCIÓN DE LAS CLÍNICAS DEL DOLOR.....	83
6.6 ESPECIALISTAS EN EL DOLOR .....	84
6.6.1 FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL DOLOR .....	85
6.7 TIPOS DE CLÍNICAS DEL DOLOR .....	86
6.8 CARACTERÍSTICAS DE LOS ENFERMOS QUE ACUDEN A LAS CLÍNICAS DEL DOLOR.....	90
6.8.1 DINÁMICA DE ACTUACIÓN .....	91
6.8.2 HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO.....	91
6.9 FUNDAMENTACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CLÍNICAS DEL DOLOR.	92
<b>7. DOLOR Y ÉTICA .....</b>	<b>93</b>
7.1 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON DOLOR DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ÉTICA.....	93
7.2 DERECHOS DEL PACIENTE CON DOLOR .....	95
7.3 ESPECIFICACIONES DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON DOLOR.....	98
7.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	99
7.5 ÉTICA Y DOLOR EXPERIMENTAL EN HUMANOS.....	102
7.6 ÉTICA CON LA FAMILIA DEL PACIENTE.....	103
7.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO	105
7.9 EL MANEJO DEL DOLOR, ASPECTOS BIOÉTICOS .....	106
7.8.1 ANTECEDENTES.....	108
7.8.2 BIOÉTICA, PROBLEMÁTICA ACTUAL.....	109
<b>8. ENFERMERÍA Y DOLOR.....</b>	<b>111</b>
8.1 RETOS PARA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON DOLOR: UNA FORMA DE HUMANIZACIÓN .....	111
8.2 VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.	127
8.2.1 VALORACIÓN DEL DOLOR.....	128
8.2.2 MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR.....	131
8.2.3 MANEJO NO FARMACOLÓGICO .....	132
8.3 EL DOLOR, UN CUIDADO .....	134
8.4 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON DOLOR.....	138

8.5	GESTIÓN Y ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA UNIDAD DE DOLOR CRÓNICO	142
8.6	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 6 AÑOS.....	147
8.7	EL DOLOR Y SU MANEJO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	152
8.7.1	ESCALAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN .....	153
8.7.2	ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS .....	154
8.8	CUIDADO HUMANIZADO POR ENFERMERÍA RELACIONADO CON LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES.....	157
<b>9.</b>	<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>159</b>
<b>10.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>164</b>
10.1	BÁSICA.....	164
10.2	COMPLEMENTARIA.....	167
<b>11.</b>	<b>GLOSARIO .....</b>	<b>170</b>



## **1. INTRODUCCIÓN**

Este trabajo de investigación está orientado al estudio del nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería sobre el control y manejo del dolor en pacientes hospitalizados, ya que los cuidados de enfermería dirigidos al alivio de éste son de importancia para la adecuada recuperación del paciente hospitalizado.

El dolor como respuesta humana se define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial. Actualmente es una de las principales causas por las que un paciente acude a una unidad de salud y representa además un alto porcentaje de los casos de hospitalización, al mismo tiempo, es el problema de salud que implica un alto costo y de mayor impacto social.

Es importante controlar el dolor de manera efectiva en los pacientes hospitalizados, ya que se ha encontrado correlación entre la frecuencia de complicaciones y la localización del dolor, ya que puede afectar el sistema cardiaco, inmunitario por estrés y muchas otras complicaciones, la enfermera es la encargada de valorar al paciente, administrar los medicamentos indicados, brindar una atención integral con los cuidados en relación a la necesidad de cada paciente y además de evaluar la efectividad de los tratamientos de forma periódica así como de su adecuada documentación.

La interpretación del dolor es subjetiva pues cada persona tiene una percepción diferente de éste. Aparte de ser un padecimiento físico importante, también puede serlo de manera emocional, trayendo consigo grandes efectos en el paciente hospitalizado.

En todas las culturas de todos los tiempos, el dolor ha sido una preocupación constante. Nadie ha escapado de su influencia, sus descripciones abundan en la literatura humanista, científica y filosófica de todas las épocas.

En la prehistoria, el hombre tuvo muy pocas dificultades para entender el concepto del dolor, ya que éste era ocasionado por la herida de una flecha o el ataque de un

animal, en cambio el dolor emocional, aquel que viene de su interior, era percibido de una manera mística. Sus tratamientos eran simples y algunos de ellos se conservan hasta nuestros días, su dolor físico era tratado con masajes sobre el sitio afectado, infusiones de hierbas, aplicación de éstas sobre la herida o zona afectada, etc. Mientras que para el alivio del dolor emocional se llamaba al jefe de la comunidad o familia para que diera su consejo al afectado.

Con el paso del tiempo, la evolución de las culturas, el avance de la ciencia y la aparición de nuevas tecnologías, también el concepto del dolor ha evolucionado hasta verlo como un padecimiento que además de causar alteraciones físicas, abarca también otras dimensiones del ser humano.

Por estas razones es normal que el hombre se haya interesado en entender la naturaleza del dolor y haya hecho incontables intentos para controlarlo. El dolor es un padecimiento que impide la estabilidad de las personas, frena la capacidad del hombre para realizar sus tareas y actividades diarias por lo cual es de suma importancia buscar alternativas para erradicarlo.

Enfocado en el ámbito emocional, una de las ideas más arraigadas a lo largo de la historia de la humanidad que la experiencia dolorosa es aquello que enseña y da sentido a la vida, que profundiza y ofrece un nuevo valor de intensidad y lucidez a aquello que estamos viviendo. El dolor como una experiencia vital del aprendizaje, de lucha, de conquista sobre uno mismo, que lleva a una realidad más allá de la inercia y la pasividad.

En el siglo XXI, la experiencia dolorosa se ha metamorfoseado tan vertiginosamente que el concepto parece haber cambiado en su totalidad. En la mayoría de las definiciones actuales el dolor se observa solo como un elemento del cuerpo y que es necesario paliar.

Sin embargo, en este proyecto de investigación nuestro objetivo es evaluar el nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre el manejo adecuado del dolor en pacientes hospitalizados, si en realidad la enfermera realiza una buena valoración para la detección de este padecimiento en nuestros pacientes y si se logra la

satisfacción del paciente con los cuidados e intervenciones dadas por el personal de enfermería.

El actuar del personal de enfermería es totalmente individualizado, dependiendo del área en la que ésta se desenvuelva y las funciones que esta realice, pero todas estas encaminadas a un objetivo principal, lograr el bienestar físico, emocional, social y espiritual de los individuos.

La enfermera debe contar con diversas cualidades, habilidades y destrezas que le permitan alcanzar todos sus objetivos y de esta manera lograr dar una atención integral que tenga como consecuencia la satisfacción del paciente y por lo tanto su recuperación o en su caso una mejora en su calidad de vida.

La multidimensionalidad del dolor implica la necesidad de una intervención interdisciplinaria integral y coordinada entre los diferentes profesionales que forman los equipos asistenciales. Esta es una necesidad imprescindible para que el esfuerzo asistencial alcance su objetivo último, el bienestar del paciente.

Un objetivo de éste proyecto es exhortar al personal de enfermería a hacer conciencia sobre el sufrimiento de los pacientes que padecen dolor, que se logre una empatía permitiendo el actuar oportuno de la enfermera ante este padecimiento para así evitar complicaciones durante la estancia hospitalaria de los pacientes.

El dolor en algunos países puede considerarse ya como el 5to signo vital, sin embargo en la práctica diaria de enfermería muchas veces no es tomado en cuenta con la importancia que debería tener, algunas veces simplemente pensamos que se trata de un modo de llamar la atención por parte del paciente, o que deriva de otra patología y es normal que se presente.

Este proyecto de investigación está enfocado en la perspectiva de Margaret Jean Harman Watson y su "teoría del Cuidado Humano", ya que habla de la importancia de brindar cuidados humanizados, centrados en las necesidades del paciente no solo físicas, si no también espirituales, psicológicas y transpersonales, se trata de percibir al paciente como una unidad multidimensional, atender cada aspecto de su ser para lograr el restablecimiento de su salud.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 VIDA Y OBRAS**

Margaret Jean Harman Watson nació en el sur de Virginia en 1940 y creció durante la década de 1940 y 1950 en la pequeña ciudad de Welch, Virginia occidental, en los montes Apalaches. Es la menor de 8 hermanos, y siempre estuvo rodeada de un entorno familiar y comunitario muy numeroso.

Watson fue a la escuela en Virginia Occidental. Más adelante fue a la escuela de enfermería Lewis Gale en Roanoke, Virginia. Tras licenciarse en 1961, se casó con Douglas y se trasladaron hacia el oeste, a su estado natal, Colorado. Douglas fallece en 1998; tuvieron 2 hijas: Jennifer y Julie y cinco nietos.

Después de trasladarse a Colorado, siguió con su formación en enfermería y con los estudios de licenciatura en la universidad. Continúo sus estudios y obtuvo un bachillerato en ciencias de la enfermería en 1964 en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en Boulder.

Ha sido presidenta y vicedecana de los programas universitarios, y participó en la planificación y elaboración del programa de doctorado en enfermería en Colorado, que se estableció en 1978. En 1981 y 1982 se tomó 2 años sabáticos y siguió estudios internacionales en Nueva Zelanda, Austria, India, Tailandia y Taiwán. Actualmente, es profesora de enfermería y ostenta el cargo de presidenta fundadora de la ciencia del cuidado en la escuela de enfermería de la universidad de Colorado.

Durante su carrera profesional Jean ha participado activamente en programas para la comunidad y ha iniciado numerosas colaboraciones con otros centros en el área del cuidado de la salud.

Ha recibido varios reconocimientos y premios federales en investigación y educación avanzada y ha recibido otros universitarios y privados, fondos para su facultad, proyectos administrativos y becas para el cuidado humano. Sus publicaciones reflejan la evolución de su teoría del cuidado. Todo lo que ha escrito va dirigido a los estudiantes de enfermería y les propone la base antológica, ética y epistemológica para su praxis, así como líneas de investigación.

Nació en Virginia Occidental. Inició su carrera en la Escuela de Enfermería Lewis Gale finalizando sus estudios de pregrado en 1961. Obtuvo luego un Bachelor of Science en Enfermería (1964) en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría (1966) en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial (1973) en la Graduate School del Campus de Boulder.

Fundó el Center for Human Caring en Colorado y fue Fellow de la American Academy of Nursing. En 2007 creó una entidad sin fines de lucro, el Watson Caring Science Institute, parte del International Caritas Consortium

Obtuvo ocho doctorados honoris causa de universidades de Suecia, Gran Bretaña, España y Canadá, entre otras y recibió numerosos premios. Fue autora o coautora de 14 libros de su especialidad.

En su “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.

## **2.2 INFLUENCIAS**

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos destacan el trabajo de Florence Nightingale (enfermera), Virginia Henderson, Lydia Hall, Madeleine Leininger (antropóloga), George Wilhelm Friedrich Hegel (filósofo), Soren Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadamer y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada “Del cuidado humano”.

## **2.3 HIPÓTESIS**

¿Es importante que el personal de enfermería conozca los síntomas del dolor crónico y agudo, así como el manejo y cuidados que deben brindar a los pacientes con esta patología?

## **2.4 JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad el tema del dolor en un paciente hospitalizado es tomado por el personal de enfermería como un síntoma sensorial y subjetivo, del cual no podemos estar seguros de su intensidad, por lo que en muchas ocasiones no damos la suficiente importancia a este padecimiento, dejando que el paciente sufra.

Decidí realizar esta investigación porque actualmente el tema del dolor tiene poca relevancia para el personal de enfermería, ponemos más atención a otros signos que podemos identificar fácilmente que a los síntomas que refiere el paciente, otras veces pensamos que es normal derivado de alguna otra patología, pero en realidad, no sabemos identificar cuando se presenta este problema.

Debemos conocer el manejo y cuidados que hay que brindar al paciente hospitalizado con dolor crónico y agudo, ya que nuestro principal objetivo es brindar una atención integral, que le permita al paciente recuperar la salud.

## **2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El dolor, considerado como el quinto signo vital, es un síntoma de los pacientes con problemas crónicos degenerativos y quirúrgicos, y es reconocido como un tema crítico en la atención del paciente, por su gran repercusión en el área de la salud, ya que afecta a los pacientes, a sus familias y a la institución que los atiende; y su abordaje debe constituir una acción fundamental de atención primaria en salud. En México, más de 28 millones de habitantes padecen el dolor crónico degenerativo y su prevalencia en los adultos mayores es de 41.50%.

El inadecuado conocimiento del dolor es una de las principales barreras para su manejo efectivo en el paciente por parte del personal de enfermería, aunado a la falta de comprensión de las estrategias preventivas para su control, las creencias erróneas, las expectativas de los pacientes, las inconsistencias en las prácticas de evaluación del dolor, uso de analgésicos por razón necesaria y la falta de tratamientos analgésicos.

La educación en el manejo del dolor es esencial para dar al personal de enfermería un punto de inicio para el manejo del mismo, por lo que se ha señalado la importancia de incluirlo en los programas de estudio y en la educación continua para el personal de enfermería, ya que no requiere de nuevas estrategias; sino de la preparación educativa, que Lleve al personal de enfermería al uso del conocimiento científico en su práctica diaria y a la comunicación efectiva de este conocimiento con otros miembros del equipo de salud.

Se ha encontrado que los estudios de intervención educativa aumentan el conocimiento y habilidades del personal de enfermería en el manejo del dolor, modificando las actitudes en el trabajo y los resultados de los pacientes, mejorando así la calidad del servicio de enfermería

## **2.6 OBJETIVOS**

### **2.6.1 GENERAL**

Conocer los síntomas que se presentan en los pacientes con dolor crónico y agudo, el cuidado y manejo que el personal de Enfermeria debe realizar para brindar una atención integral en pacientes con dicha patología.

### **2.6.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar los principales síntomas presentes en los pacientes con dolor crónico y agudo
- Conocer el actuar del personal de enfermería ante dicha patología
- Hacer conciencia sobre la importancia de saber identificar y manejar el dolor crónico y agudo
- Llevar a cabo encuestas sobre el nivel de conocimiento de esta patología al personal de enfermería
- Identificar los cuidados e intervenciones de enfermería en pacientes con dolor crónico y agudo.



## **2.6 MÉTODOS**

### **2.7.1 CUALITATIVO**

Mediante el análisis de las circunstancias en las que se presenta el dolor agudo y crónico en los pacientes hospitalizados, la observación directa de las circunstancias en las que este problema se presenta y describir el manejo que enfermería lleva a cabo para poder evaluar si la atención brindada por el personal de enfermería es el adecuado para la solución a la problemática antes mencionada.

### **2.6.2 CUANTITATIVO**

Por medio de la investigación de campo, realizar encuestas al personal de enfermería para evaluar el nivel de conocimiento que se tiene sobre el dolor crónico y agudo, si en realidad se le da el manejo correcto en el área hospitalaria. Aplicar encuestas a los pacientes hospitalizados que padezcan dicha patología para evaluar el nivel de atención brindada por el personal de enfermería.

Realizar graficas de barras y de pastel, así como las respectivas interpretaciones de las mismas que permitan hacer un análisis y evaluación de los resultados obtenidos para saber si el personal de Enfermeria tiene el conocimiento suficiente sobre esta enfermedad y su correcto manejo y si se aplican los cuidados e intervenciones correctas que permitan brindar una atención integral que permitan mejorar la calidad de vida del paciente.

## 2.7 VARIABLES

Las variables en la investigación, representan un concepto de vital importancia dentro de un proyecto. Las variables, son los conceptos que forman enunciados de un tipo particular denominado hipótesis.

Estas variables se dividen en dos, variable dependiente e independiente y se definen de la siguiente manera:

### VARIABLE INDEPENDIENTE

Fenómeno a la que se le va a evaluar su capacidad para influir, incidir o afectar a otras variables.

Su nombre lo explica de mejor modo en el hecho que de no depende de algo para estar allí:

Es aquella característica o propiedad que se supone ser la causa del fenómeno estudiado. En investigación experimental se llama así, a la variable que el investigador manipula. Que son manipuladas experimentalmente por un investigador.

### VARIABLE DEPENDIENTES

Cambios sufridos por los sujetos como consecuencia de la manipulación de la variable independiente por parte del experimentador. En este caso el nombre lo dice de manera explícita, va a depender de algo que la hace variar.

Propiedad o característica que se trata de cambiar mediante la manipulación de la variable independiente.

Las variables dependientes son las que se miden.

Es esta investigación las variables son las siguientes:

### VARIABLE DEPENDIENTE:

Pacientes hospitalizados con dolor crónico y agudo.

## VARIABLES INDEPENDIENTES

### Causas de dolor crónico y agudo

- Manejo por el personal de enfermería de los pacientes con dolor crónico y agudo.
- Cuidados de Enfermería en pacientes hospitalizados con dolor crónico y agudo
- Intervenciones de enfermería

## 2.9 ENCUESTA

PREGUNTA	SI	NO
1.- ¿SABE QUÉ ES EL DOLOR?		
2.- ¿DURANTE EL TIEMPO QUE LLEVA HOSPITALIZADO HA PRESENTADO DOLOR?		
3.- ¿HA OCURRIDO FRECUENTEMENTE?		
4.- ¿ANTES DE SER HOSPITALIZADO YA HABÍA PRESENTADO DOLOR RECURRENTE?		
5.- ¿CREE QUE EL DOLOR QUE PADECE ES CONSECUENCIA DE SU PADECIMIENTO ACTUAL?		
6.- ¿IDENTIFICA LOS SÍNTOMAS QUE SE MANIFIESTAN CON EL DOLOR?		
7.- ¿EL DOLOR QUE PADECE PERJUDICA SU ESTADO ACTUAL DE SALUD?		
8.- ¿ADEMÁS DE PERJUDICAR SU SALUD FÍSICA, EL DOLOR QUE PADECE AFECTA SU ESTADO EMOCIONAL?		
9.- ¿EL DOLOR QUE PADECE LE PROVOCA ANSIEDAD O INQUIETUD?		
10.- ¿LA ENFERMERA LE HA EXPLICADO QUE TIPOS DE DOLOR PUEDE PADECER?		
11.- ¿IDENTIFICA QUE TIPO DE DOLOR PADECE?		
12.- ¿LE HA INFORMADO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE SU PADECIMIENTO?		
13.- ¿EL PERSONAL DE ENFERMERÍA LE DA IMPORTANCIA AL DOLOR QUE PADECE EN EL MOMENTO QUE USTED LO EXPRESA?		

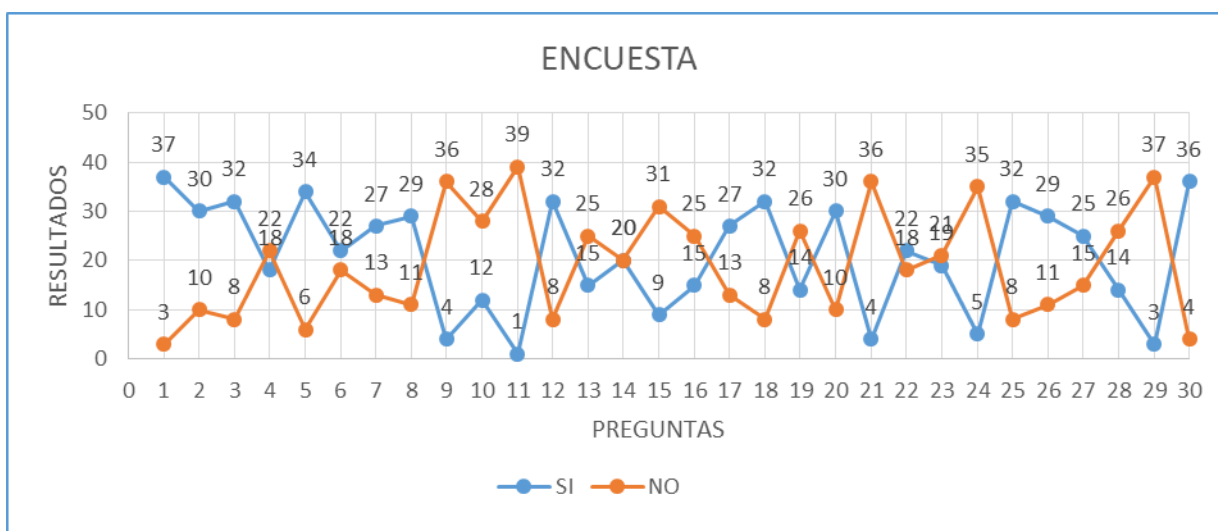
- 14.- ¿LA ENFERMERA LE EXPLICA LAS POSIBLES CAUSAS DEL DOLOR?
- 15.- ¿LA ENFERMERA LE HA INFORMADO AL MÉDICO SOBRE SU PADECIMIENTO?
- 16.- ¿LA ENFERMERA LE BRINDA CUIDADOS O ALGUN TRATAMIENTO PARA SU DOLOR?
- 17.- ¿CREE QUE LOS CUIDADOS QUE LE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SON IMPORTANTES PARA EL ALIVIO DEL DOLOR QUE PADECE?
- 18.- ¿LA ATENCIÓN BRINDADA POR LA ENFERMERA LE CAUSA BIENESTAR?
- 19.- ¿CON EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO HA LOGRADO ERRADICAR EL DOLOR QUE PADECE?
- 20.- ¿CREE QUE ES IMPORTANTE QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ATIENDA EL DOLOR COMO UNA ENFERMEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS?
- 21.- ¿SABE QUE TIPO DE MEDICAMENTOS SE DEBEN TOMAR PARA EL ALIVIO DEL DOLOR?
- 22.- ¿CUÁNDO EL PERSONAL DE ENFERMERIA LE VA A APLICAR UN MEDICAMENTO O REALIZAR ALGÚN CUIDADO LO IDENTIFICA CORRECTAMENTE?
- 23.- ¿ANTERIORMENTEN HA TOMADO ALGÚN MEDICAMENTO PARA ALIVIAR EL DOLOR?
- 24.- ¿ACTUALMENTE ESTÁ LLEVANDO ALGUN TRATAMIENTO PARA EL DOLOR?
- 25.- ¿CONOCE ALGUNA MEDICINA ALTERNATIVA PARA EL ALIVIO DEL DOLOR?
- 26.- ¿LA HA APLICADO EN SU VIDA EN ALGUN MOMENTO DIFÍCIL?
- 27.- ¿LE HA DADO RESULTADO LA APLICACIÓN DE ESTA MEDICINA?
- 28.- ¿CREE QUE SON UNA BUENA ALTERNATIVA PARA EL ALIVIO DEL DOLOR?
- 29.- ¿CONOCE LOS HOSPITALES DEDICADOS AL TRATAMIENTO DEL DOLOR?
- 30.- ¿CONSIDERA IMPORTANTE QUE EN ESTE HOSPITAL HAYA ESPECIALISTAS DEDICADOS AL TRATAMIENTO DEL DOLOR?

## RESULTADOS

PREGUNTA	SI	%	NO	%
PREGUNTA 1	37	92.5	3	7.5
PREGUNTA 2	30	75	10	25
PREGUNTA 3	32	80	8	20
PREGUNTA 4	18	45	22	55
PREGUNTA 5	34	85	6	15
PREGUNTA 6	22	55	18	45
PREGUNTA 7	27	67.5	13	32.5
PREGUNTA 8	29	72.5	11	27.5
PREGUNTA 9	36	90	4	10
PREGUNTA 10	28	70	12	30
PREGUNTA 11	1	2.5	39	97.5
PREGUNTA 12	32	80	8	20
PREGUNTA 13	15	37.5	25	62.5
PREGUNTA 14	20	50	20	50
PREGUNTA 15	31	77.5	9	22.5
PREGUNTA 16	15	37.5	25	62.5
PREGUNTA 17	27	67.5	13	32.5
PREGUNTA 18	32	80	8	20
PREGUNTA 19	14	35	26	65
PREGUNTA 20	30	75	10	25
PREGUNTA 21	4	15	36	85
PREGUNTA 22	22	55	18	45
PREGUNTA 23	19	47.5	21	52.5
PREGUNTA 24	5	12.5	35	87.5
PREGUNTA 25	32	80	8	20
PREGUNTA 26	29	72.5	11	27.5

PREGUNTA 27	25	62.5	15	37.5
PREGUNTA 28	14	35	26	65
PREGUNTA 29	3	7.5	37	92.5
PREGUNTA 30	36	75	4	25

## 2.10 GRAFICADO



## 3. GENERALIDADES.

### 3.1 CONCEPTOS

- **DOLOR:** según la International Association for the Study of Pain (IASP) — es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño.
- **DOLOR AGUDO:** es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo (doloroso). Está claramente localizado y su intensidad se correlaciona con el estímulo. A diferencia del dolor crónico, el dolor agudo es de duración limitada y remite cuando la lesión desaparece o se cura.

- **DOLOR NOCICEPTIVO:** se considera una señal de advertencia originado por un daño real o potencial del tejido neuronal que desencadena la activación de los nociceptores en un sistema nervioso con funcionamiento normal.
- **DOLOR NEUROPÁTICO:** es una descripción clínica del dolor que se cree que es causado por el daño de una lesión o enfermedad del sistema nervioso somato sensorial que se conforma por las pruebas diagnósticas.
- **GRAVEDAD DEL DOLOR:** expresión que se refiere al grado de dolor que sufre y refiere el paciente, también llamada intensidad del dolor.
- **INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL DOLOR:** instrumentos utilizados para evaluar la intensidad y otros aspectos del dolor tales como su localización, características o frecuencia.
- **CUIDADO DE ENFERMERIA:** está vinculado a la preservación o a la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo, éste se deriva del verbo “cuidar”, por lo tanto el cuidado de enfermería abarca diversas atenciones que se deben brindar al paciente; sus características dependerán del estado o gravedad del sujeto. Se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.
- **GESTIÓN DEL CUIDADO:** aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y que se sustenten en políticas y lineamientos estratégicos de la institución, es el pilar fundamental de la profesión
- **INTENSIDAD DEL DOLOR:** expresión que se refiere al grado de dolor que sufre y refiere el paciente, también llamada gravedad del dolor.

- **ESCALA DE DOLOR:** instrumento de medición de la intensidad del dolor. Otras denominaciones alternativas son herramientas, métodos o medidas de evaluación del dolor.
- **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:** Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente
- **PACIENTE:** aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud.
- **PACIENTE HOSPITALIZADO:** se le denomina a la persona que visita un establecimiento de atención de la salud por razones de diagnóstico o tratamiento y pasa la noche en el recinto.
- **ATENCIÓN HOSPITALARIA:** Incluye la asistencia prestada por los médicos especialistas tanto en centros de especialidades como en hospitales. Son los médicos de atención primaria quienes valoran la necesidad de asistencia especializada en cada caso

### 3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL DOLOR

El dolor ha estado presente en la historia de la humanidad y como ella ha ido evolucionando y cambiando la forma de entenderlo y tratarlo desde una connotación mágica que requería de amuletos, hierbas medicinales, aspectos religiosos y de



castigo que precisaban ofrendas y sacrificios, pasando por la creencia hindú de ser la causa de la insatisfacción de los deseos.

Los griegos le dieron el significado de sensaciones y razón, centrado en el cerebro. Pero fue Aristóteles el que expuso que el estímulo doloroso viajaba por la piel hasta el corazón por la sangre, lugar donde se constituía el dolor como un sentimiento. Con Galeno se estableció la autonomía de los nervios craneales y elaboró una teoría de sensaciones y Alberto Magno y Mondino identificaron al cerebro como centro de la sensación dolorosa.

En la época del renacimiento, Leonardo da Vinci describe anatómicamente los nervios y se establece su relación con la sensación dolorosa, confirmando la teoría de Galeno y fue Descartes quien defendió que los nervios eran como tubos por donde se transmitían las sensaciones al cerebro haciéndose consciente en la glándula pineal.

Durante la primera mitad del siglo XIX empezaron a surgir las primeras teorías modernas sobre el dolor, a la vez que el desarrollo de la fisiología y desde aquí se irá evolucionando hasta nuestros días, donde Melzack y Wall hablan de la puerta de entrada de la sensación, llegando a la teoría de la neuro-matriz que obligó a las ciencias médicas y biológicas a concebir el cerebro como un sistema activo que filtra, selecciona y modula los estímulos.

Esta teoría de la Puerta del Dolor (1965) destapó la complejidad del dolor que se encendió influenciado por algo más allá del impulso nervioso, por ejemplo: la atención, la ansiedad, sugestión, experiencias previas y otras variables psicológicas. Esta teoría que pensamos sobre el dolor. Hasta entonces teníamos un concepto del dolor como un sistema de cable telefónico con impulsos eléctricos que iban de la superficie de la piel a la médula espinal y luego al cerebro donde se activa la sensación dolorosa.

La teoría ayudó a explicar algunas observaciones hasta ahora sorprendentes en los seres humanos. Por ejemplo, el Profesor Henry Beecher llevó a cabo una investigación fundamental sobre los soldados heridos en la Segunda Guerra Mundial, donde se dio cuenta de que los soldados con lesiones graves no solían mostrar ningún dolor inmediatamente después de la lesión. No encontrando una relación “causa-efecto” entre el daño y el dolor. En muchos casos vio que los soldados consideraban la lesión como algo positivo ya que significa ser condecorados y repatriados desde el frente a sus hogares. Beecher concluyó que “no era la lesión la que denominaba el dolor, sino también el significado de la lesión.

Esto hace entender el hecho de que un deportista lesionado logre jugar a pesar de tener una lesión grave de ligamentos o fractura, y termine un partido lesionado. Incluso en las llamadas situaciones de dolor agudo, después de cirugía o lesión, la experiencia dolorosa de la persona dependerá no solo de la de la propia lesión, sino también de los factores propios del individuo y de influencia externa que activan los procesos cerebrales y espinales que modulan el dolor de una manera similar a “abrir o cerrar una puerta”, lo que facilita o no el paso de los impulsos nocivos. De ahí el concepto de esta teoría y la necesidad de tratar el dolor teniendo en cuenta todas las esferas del ser humano.

A esta teoría se han ido añadiendo otras como la implicación de las endorfinas en la percepción del dolor, que nos hacen diferentes en el umbral del dolor entre unas personas y otras.

### 3.3 EL CONCEPTO DEL DOLOR EN LA ANTIGÜEDAD

Los antiguos egipcios creían que el dolor interno era el resultado de la influencia de sus dioses o que provenía del hecho de que los espíritus de los muertos llegaban durante la noche y entraban por la nariz o por los oídos al cuerpo mientras dormían. Según diversos papiros encontrados, el organismo existe una intrincada red de vasos que transportan el soplo de vida y las sensaciones hacia el corazón.

La literatura hindú es rica en conocimientos tradicionales según se asienta en los Vedas, Buda atribuyó el origen del dolor a los deseos frustrados, como los egipcios, los indios también pensaban que era en el corazón donde residía el centro del dolor y de los sentimientos.

Platón creyó que las sensaciones humanas provenían del movimiento de los átomos los que llegaban al corazón y al hígado (los centros de residencia de todas las sensaciones) a través de las venas. Propuso además que el dolor surgía de una experiencia emocional, cuya residencia era también el corazón.

Aristóteles reconoció los cinco sentidos, pero para él, el cerebro no tenía ninguna directa sobre los procesos sensoriales más que la de enfriar el aire y la sangre calientes que emanaban del corazón, el dolor entonces era un exceso de calor vital.

En la Roma antigua, Celso consideró al dolor junto con el rubor, tumor y calor, como uno de los cuatro signos cardinales de la inflamación, conceptos que por cierto, persisten hasta nuestros días. También reconoció las ideas de Erasistrato y Herófilo, referentes al concepto del dolor, pero contrariamente a ellos, no creyó que los nervios eran sus posibles conductores.

En todas las culturas de todos los tiempos el dolor ha sido una preocupación constante. Nadie ha escapado de su influencia, sus descripciones abundan en la literatura de todas las épocas. Por estas razones es natural que el hombre se haya interesado en entender la naturaleza del dolor y haya hecho incontables intentos para controlarlo.

### 3.4 CONCEPTO DEL DOLOR

Siguiendo con la evolución histórica sobre el dolor, en el siglo XX se crean las primeras Unidades del Dolor de la mano del anestesiólogo John Joseph Bonica, lo

que supuso la aceptación social y sanitaria de que el dolor era un problema tanto individual como colectivo. Con la publicación de su libro *Management of Pain* (1953) se establecerían las bases de la atención moderna del dolor, como son: la diferenciación entre dolor agudo y crónico, la atención por equipos multidisciplinares, y la colaboración entre investigadores básicos y clínicos.

Fue Bonica quien en 1973 fundó la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association Study of Pain, IASP), con la visión de trabajar juntos para aliviar el dolor en todo el mundo, y una misión de reunir a científicos, profesionales de la salud y políticos, para estimular y apoyar el estudio del dolor y traducir ese conocimiento en el alivio del dolor en el mundo.

Posteriormente, en 1979, con el fin de concienciar a todos los profesionales de la salud del importante cambio sobre el concepto de dolor, la IASP reunió a un grupo de profesionales, internacional y multidisciplinario, para desarrollar una definición del dolor que sigue vigente hasta nuestros días, y que dice así: “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño”. Esta definición deja claro que el dolor es una experiencia subjetiva, lo que hace de él una experiencia individual, que sólo es verdaderamente apreciada por el individuo que experimenta el dolor. Decía el escritor y dibujante El Perich que existían dos tipos de dolor, el nuestro que es insufrible; y el de los demás, que es exagerado, dando razón a lo individual de este sentimiento.

A la definición ofrecida por la IASP, Wilson (2002) añade que es una experiencia sensorial-perceptual, multidimensional y compleja; experiencia subjetiva única para cada individuo. Experiencia personalizada, inconmensurable y no compartible, donde diferentes grupos culturales reaccionan de manera diferente al dolor desde la 57 tolerancia relativa al sobre-reacción. Por lo que insistimos, que el dolor es lo que el enfermo dice que es.

Hoy en día se apoya con fuerza un modelo "bio-pisco-social" del dolor, que propone que el dolor humano es multifacético por su propia naturaleza y puede ser ampliamente descrito comprendiendo tres componentes: un componente físico (biológico) que puede implicar factores nociceptivos y / o neuropáticos; un componente de índole psicológica o incluso psiquiátrica; y otro de factores ambientales. Otros autores, más en el entorno de los Cuidados Paliativos, añadirían la esfera espiritual como la parte trascendental y de sentido de vida del paciente, situación entendible si lo que se pretende es dar una visión holística de la sensación dolorosa. Perspectiva desde las cuatro esferas humanas ya expresada por Orem a la hora de brindar cuidados a las personas.

El dolor se ha convertido en un problema de salud pública que hay que considerar como un derecho su tratamiento. Y concretamente nos vamos a referir al dolor crónico, pues éste es considerado la epidemia silenciosa de nuestro tiempo, y su importancia le ha llevado a ser considerado la 5ª constante en el entorno sanitario, tras la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial y la temperatura. El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en AP, identificarlo y medirlo es importante no solo en la valoración, sino en el seguimiento y evaluación del tratamiento, para lo que existen diferentes instrumentos psicométricos que facilitan la atención integral a la persona con dolor.

Entre estas herramientas de medida para la evaluación del dolor encontramos diferentes dominios o perspectivas de estudio, como pueden ser: la intensidad del dolor, la calidad del dolor, la localización del dolor, el comportamiento debido al dolor, interferencia del dolor, calidad del sueño, depresión, funcionalidad física general, antecedentes de consumo de alcohol y fármacos, así como la mejoría y satisfacción global con el tratamiento del dolor. Instrumentos fiables y válidos para ayudar a entender cómo es ese dolor y cómo influye en la persona y su entorno. Siendo la intensidad el dominio que más frecuentemente se mide en el entorno clínico, debido al objetivo principal de disminuirla. La medida que se obtenga, solo servirá para compararla con esa persona en concreto, y no con otra, por el

significado individual y subjetivo que el dolor tiene. Lo que nos permite conocer las variaciones que el dolor haya tenido en ese individuo.

Las herramientas más frecuentes para medir la intensidad del dolor en el ámbito clínico son: la escala de puntuación numérica (Likert de 0 a 10), la escala de puntuación verbal de 4 puntos (“sin dolor”, “leve”, “moderado”, “intenso”) y la escala de dolor mediante las expresiones faciales-revisada de 6 puntos (desde la cara que refleja “ausencia de dolor”, hasta la cara que muestra “mucho dolor”). Otros guías y documentos sugieren el uso de la Escala visual analógica (EVA), que se compone de una línea horizontal con una longitud exacta de 10 cm, limitada en los extremos por dos líneas verticales que marcan, en uno de los extremos el valor 0 “ausencia de dolor” y en el otro extremo el valor 10 correspondiente a “el mayor dolor”, donde el nivel de sensación dolorosa es señalado por el propio paciente.

Elija la que se elija, debe ser adaptada al enfermo, por el nivel de abstracción que se necesita en algunas de ella, sobre todo en la población infantil (escala facial, escala LLANTO, etc.) y entre los mayores, o con deterioro cognitivo (PAINAD-sp, Campbell, etc.).

Como hemos venido diciendo desde el inicio hasta ahora, el dolor se ve influenciado por algo más que medir “lo físico”, por lo que se necesita de una visión más amplia, integral y multidisciplinar, donde el tratamiento analgésico esté asociado a medidas no farmacológicas y de promoción de hábitos saludables, para permitir una mejora global de la patología dolorosa y una menor repercusión personal, social y económica. Evaluar sin un plan posterior, no es una buena atención a la persona con dolor crónico.

Esta necesidad de intervenir desde otro prisma, es el que puede explicar el elevado porcentaje de pacientes con un inadecuado manejo del dolor, lo que repercute en una mayor limitación en su vida cotidiana, y en la realización de las actividades diarias como la realización de las tareas del hogar, conducir o utilizar un medio de transporte e incluso caminar, lo que potenciaría el aislamiento al que se pueden ver

abocadas las personas con dolor crónico. Además la implicación motora 59 del dolor puede influir en el número de incapacidades temporales laborales (ITL) que repercute en el sustento y soporte económico de las personas que lo sufren y sus familias, incluso pudiendo perder su trabajo por dolor. Algunos estudios presentan costes superiores en España, referente a este tema, que en los países europeos de nuestro entorno, p. ej. Por patologías con lumbalgia

Se precisa un abordaje que además del tratamiento físico establecido, incluya estrategias psicoemocionales y sociales, por el impacto que el dolor tiene dentro de la esfera del entorno del paciente, sabiendo de la relación entre incapacidad funcional, dolor y desesperanza, la pérdida del rol, los costes de la enfermedad, etc., así como la influencia de la cultura y la religión, y el pensar que no van a ser capaces de manejarlo, aumentando el pesimismo, etc.

Creencias que llevan a pensar que “es normal que duela” no solo a los pacientes, sino también entre los profesionales, lo que puede conducir a no tratarlo, manteniendo el sufrimiento, o dolor innecesario, al persistir como consecuencia de un tratamiento inadecuado o por la ausencia misma de cualquier tipo de medida terapéutica. Entre esas falsas creencias de los profesionales, y de la población en general, que dificultan el tratamiento adecuado del dolor encontramos algunas como:

- La existencia de un miedo desmesurado a los efectos indeseables de los opioides (opio fobia), especialmente a la farmacodependencia y a la depresión respiratoria.
- La prescripción de dosis inferiores a las analgésicas, a intervalos de dosificación superiores a los recomendados y en forma de pautas a demanda.
- La baja administración de los fármacos por parte de enfermería, debido a la pauta “analgésico si dolor”, indicada por los prescriptores.
- La resignación de los enfermos a sufrir dolor, influenciada por la cultura o religión, como hemos comentado con anterioridad. Frente a esto, en la esfera de lo social, ayudan intervenciones como: el apoyo de otros, la ventilación de la

emoción, el sentirse comprendido; siendo beneficioso y teniendo un impacto positivo sobre el control del dolor.

Cambio de cultura y modelo que se hace necesario para dar respuesta a las personas con dolor crónico que precisan ser atendidos adecuadamente por las repercusiones que tiene el dolor para ellos y la sociedad en general.

### 3.5 CLASIFICACIÓN BÁSICA DEL DOLOR: AGUDO Y CRÓNICO

Existen diferentes formas de clasificar el dolor, en este trabajo vamos a utilizar la referida al tiempo, que utiliza los conceptos de agudo y crónico. En ambos no solo es importante el tiempo, sino las diferencias fisiológicas y fisiopatológicas que median la cronificación.

El dolor agudo es la consecuencia inmediata de la activación del sistema Nociceptivo, proceso que se compone de cuatro pasos: la transducción, la transmisión, la modulación y la percepción:

- La transducción se refiere a la transformación de un estímulo nocivo periférico en un estímulo eléctrico, como señal de alarma que dispara los protectores del organismo. Generalmente está producido por un daño tisular somático o visceral, que desaparece junto a la lesión que lo produce.
- La transmisión es la propagación del impulso nervioso hasta los nervios sensoriales del Sistema Nervioso Central (SNC).
- La modulación es la capacidad que tienen los sistemas analgésicos endógenos de modificar la transmisión del impulso nervioso, inhibiendo en las astas posteriores de la médula, sobre todo.



- La percepción es el proceso final, donde los tres primeros interactúan con una serie de otros fenómenos individuales, y crean la experiencia subjetiva y emocional denominada dolor.

El umbral de estimulación de los nociceptores no es constante, depende del tejido donde se encuentre el nociceptor. La capacidad de responder a estímulos dolorosos de los nociceptores ha sido lo que les ha llevado a ser llamados “receptores del dolor”, pero no todos los tipos de dolor se deben a la activación de este grupo de receptores.

Mientras que el dolor agudo nos sirve de alarma de que algo amenaza nuestra integridad y nos obliga a tomar una actitud rápida para evitar mayor daño, y suele desaparecer tras la causa que lo produce, el dolor crónico no tiene misión alguna, y solo dificulta el confort y la calidad de vida de las personas.

El dolor crónico (DC) es la sensación dolorosa que persiste en el tiempo, al menos un mes más que la lesión que lo ha causado, y que permanece cuando ésta desaparece. Que empezó como dolor agudo, y que permaneció en el tiempo, durante un periodo mayor a 3 meses, lo que impregna la vida de la persona que lo sufre, pudiendo llegar a ser el centro de su existencia, en los niveles más altos de intensidad.

Cuando el dolor no es a diario, y surge de forma intermitente, durante un periodo mayor de 3 meses, también se considera dolor crónico si aparece por lo menos 5 días a la semana durante este tiempo o más.

El DC constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes dentro de la asistencia sanitaria nacional, existiendo evidencia de que el dolor se trata de forma insuficiente. Se estima que uno de cada seis españoles sufre dolor crónico. No solo la prevalencia del dolor crónico es alta, sino que afectará a lo largo de la vida de la persona que la padece, siendo mayores las interferencias físicas, psicoemocionales

y sociales según aumenta la edad; sin olvidar la influencia en la calidad de vida de las personas que lo sufren durante años.

El dolor no tratado es un determinante clave del deterioro de la calidad de vida, pues disminuye la actividad del enfermo, interfiere con el apetito, el sueño, el estado del ánimo y conlleva a la pérdida del autocontrol.

Problemas satélites que coexisten con el DC (depresión, ansiedad, obesidad, irritabilidad, etc.) que potencian este malestar y que además suelen ser tratados con fármacos. Sabemos que el 78,84% de los pacientes dicen recibir medicación concomitante para el tratamiento del dolor crónico, principalmente analgésicos antiinflamatorios (53,5%), ansiolíticos y antidepresivos (45,2%) e hipnóticos (7,8%). Pero además de estos problemas, existe otra comorbilidad o patologías no derivada del dolor, donde un elevado porcentaje de los pacientes (69,6%) recibe un tratamiento farmacológico no analgésico, principalmente fármacos del sistema cardiovascular (60,6%), aparato digestivo y metabolismo (37,73%), SNC (33,7%), musculo esquelético (11,4%), genitourinario (6,4%) y respiratorio (4%), y que son de seguimiento en AP.

Lo que hace importante un entrenamiento del enfermo en el uso seguro de los medicamentos indicados (60) y un acompañamiento cercano desde el entorno comunitario, donde reside ese paciente.

Esta comorbilidad cardiovascular con patologías como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM), hace necesario aumentar la vigilancia sobre la respuesta al tratamiento farmacológico más frecuentemente utilizado ante al dolor, como pueden ser los AINE, por su repercusión cardiovascular en tratamientos a largo plazo. Todo esto señala la necesidad de una buena formación profesional en el manejo de la medicación, y una adecuada Educación para la Salud individual al enfermo que maneja la medicación prescrita. Junto a estos datos de comorbilidad y consumo de medicación, otros estudios en nuestro país señalan que del 73-84% de los pacientes toman medicación concomitante para el tratamiento del dolor crónico

y cerca del 63-69.6% sufre de otros procesos diferentes al dolor, para los que se ingiere también algún tipo de fármaco, lo que pone una llamada de atención sobre la seguridad del paciente y el uso de fármacos.

Con todo ello, vemos que el dolor precisa de un cuidado desde que aparece, y prevenir su cronificación es esencial desde AP; se ha demostrado que el dolor posquirúrgico que se acompaña de ansiedad y depresión se asocia a esa cronificación del dolor, afectando a la calidad de vida del paciente y en todo lo que ello deriva, lo que indica la necesidad de coordinación y colaboración entre entornos asistenciales

### 3.6 EL DOLOR CRÓNICO EN LA HISTORIA

John J. Bonica definió el dolor crónico como una forma maléfica que impone al enfermo, a su familia y a la sociedad un grave estrés emocional, físico, económico y sociológico.

El concepto implica que el dolor ya no funciona como señal y que adquiere en consecuencia la característica de una afección autónoma que debe considerarse en sí misma como una enfermedad. Al contrario de lo que ocurre con el dolor agudo, el dolor crónico no atraviesa culturas ni períodos históricos; no es un fenómeno universal ni en la historia ni en la cultura.

Por supuesto que la existencia de un sufrimiento persistente, que se manifiesta a lo largo de intervalos temporales continuos, no atañe en exclusividad a la práctica médica del siglo XX. Los dolores de cabeza o de espalda, los de los miembros amputados, las llamadas neuralgias, han existido siempre. Pero eso no quiere decir que podamos considerar “enfermos” a quienes en el pasado hayan sufrido semejantes padecimientos. Aun cuando estuviéramos tentados a pensar que la cronicidad del dolor puede haber afectado a la humanidad en su conjunto a lo largo de la historia, no sucedería lo mismo con la idea, extraña, de que quienes sufrieron esos males fueron también enfermos de eso.

La nueva política del dolor que aparece a mediados del siglo XX no están relacionados con la sustitución de marcos teóricos, o con la modificación y objetivación del objeto de estudio, sino con otras condiciones culturales relacionadas con la acotación de la experiencia.

Al contrario de la interpretación más extendida, que hace de la aparición de la medicina del dolor la conclusión inevitable de las dificultades y obsolescencias de un modelo teórico agotado, me gustaría sugerir aquí una alternativa de mayor imbricación cultural. De manera general, quisiera plantear cómo la medicalización del dolor crónico no ha dependido tan sólo de factores internos dentro de la práctica hospitalaria y la teoría clínica, sino también, y sobre todo, de la formación y categorización de grupos humanos. Aun cuando la relación entre el dolor y la guerra no requiere ulteriores clarificaciones, la medicalización del dolor no sólo tuvo como protagonistas a los cirujanos de campaña, sino a grupos de población militar que había que reintegrar a la vida civil.

En una publicación de 1982, Patrick D. Wall y Ronald Melzack decían escribir para ilustrar un tipo de dolor intratable y crónico que había atormentado a miles de seres humanos a lo largo de la historia.

El texto de estos dos ilustres neurofisiólogos partía de una distinción inicial entre el dolor agudo, que había sido desde antiguo uno de los signos visibles de la enfermedad, y el dolor crónico, que describían como una enfermedad en sí misma o, de manera más precisa, como un conjunto de síndromes lesivos.

En la década de 1980, muchos miembros de la comunidad científica fisiólogos, neurólogos o anestesiólogos reconocían que mientras que el primero, el agudo, podía mantener un grado de utilidad al menos en cuanto permitía anticipar la presencia de alguna condición subyacente, el segundo (el crónico) sólo podía interpretarse como un desorden que causaba una gran cantidad de sufrimiento al paciente, a su

entorno familiar y a la sociedad en su conjunto, sin que su presencia pudiera justificarse por razonamiento clínico alguno.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, el espacio material de esta nueva enfermedad había comenzado a poblarse con rapidez. La medicina había empezado a distinguir entre el dolor útil y el sufrimiento inútil, entre el dolor de laboratorio y el sufrimiento clínico, entre el dolor periférico y el dolor central, entre el dolor de los miembros y el dolor de las vísceras. Si bien la distinción entre dolores agudos y crónicos ya estaba presente en la fisiología romántica, hizo su aparición explícita en la segunda mitad del siglo XX.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, fundada en 1973, dependía tanto de esta distinción entre lo transitorio y lo crónico que cabe decir que cuando el dolor alcanzó plena visibilidad en el ámbito de la investigación clínica, ya no lo hizo como un único objeto, sino como varios.

En lo que concierne a su desarrollo clínico, el sufrimiento humano se disolvió en una tipología de seres intermedios o síndromes lesivos. Algunos de entre ellos, como la neuralgia, el miembro fantasma o la neuralgia del trigémino, ya eran viejos conocidos de la medicina, aunque no siempre con esos nombres. Otros muchos, sin embargo, aparecieron al socaire de las nuevas parcelaciones y condujeron, también, a la multiplicación de los marcos teóricos y las hipótesis explicativas.

En 1986, la Asociación para el Estudio del Dolor propició la primera gran clasificación de los llamados “síndromes de dolor crónico”. La fibrositis, el síndrome de la boca ardiente o la tendinitis comenzaron a convivir con la diversificación de la migraña o del dolor de espalda persistente.

El mundo se llenaba de nuevos pobladores: la alodinia, la anestesia dolorosa, la disestesia, la hiperalgesia, la hiperestesia, la parestesia, la neuritis o el dolor periférico describían realidades que hasta entonces sólo habían tenido una existencia literaria, ocultas en los relatos incompletos, a veces increíbles, de los seres humanos afectados.

El interés clínico y académico por este nuevo objeto propició que en 1967 se fundara la Sociedad de Dolor Intratable. La revista Pain, dependiente de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, comenzó a publicarse.

En 1974 para sus protagonistas, la aparición de esta nueva medicina parecía la culminación de un proceso, el último capítulo de una secuencia narrativa que había llevado a los seres humanos desde la lógica de la resignación a la tecnología de la resistencia.

Después de la abolición del sufrimiento quirúrgico a mediados del siglo XIX, y de la introducción masiva de analgésicos en la cultura del consumo del siglo XX, razonaban estos médicos, faltaba por encontrar un tratamiento eficaz para combatir el sufrimiento asociado a la enfermedad incurable o terminal, pero también a la artritis reumatoide, a la neuralgia facial o a los síndromes postraumáticos, es decir, a las distintas variedades de la agonía física prolongada o intratable que había afligido a la humanidad entera desde los tiempos más remotos.

Los cirujanos y neurólogos siempre interpretaron su historia de ese modo: como resultado de la proliferación de fenómenos anómalos que el marco teórico heredado parecía incapaz de explicar, pero también como la culminación necesaria de un proceso histórico más amplio que incluía la llegada de la mirada humanitaria al lecho del dolor y de la muerte.

Aun cuando el valor diagnóstico del dolor agudo nunca estuvo cuestionado, el sufrimiento (crónico o terminal) se disolvía en una familia de experiencias que sobrepasaba con creces, cuando no contradecía, los elementos teóricos sobre los que se había constituido la relación entre la lesión y el daño. Ése siempre fue el primer problema:

Los médicos están dispuestos a admitir muy rápidamente que el dolor es una reacción de defensa, una advertencia afortunada que nos pone en aviso sobre los peligros de una enfermedad. ¿Pero a qué llamamos una reacción de defensa? ¿De

defensa contra quién?, ¿contra qué? ¿Contra el cáncer que con tanta frecuencia produce síntomas cuando ya es demasiado tarde? ¿Contra las afecciones cardíacas, que se desarrollan siempre en silencio?

Así pretendía el cirujano René Leriche repudiar la falsa concepción que asociaba la presencia del dolor a un mal necesario y que, sobre todo en Francia, había sido la base de la investigación fisiológica desde comienzos del siglo XIX. La semiótica de los lamentos, la traducción de los gestos expresivos en signos clínicos, había permitido, entre otras cosas, hablar del sufrimiento animal o del dolor en la infancia, pero siempre se mostró incapaz de explicar cuál podía ser la advertencia que proporcionaba una neuralgia de trigémino, o de qué podía proteger el sufrimiento que acompañaba un carcinoma.

Desde el punto de vista clínico, tanto los casos de lesiones sin síntomas como los de síntomas sin enfermedad, o al menos sin enfermedad visible, evidenciaban un triple proceso de ocultación relacionado con la perspectiva experimental y con la práctica clínica. La materialización institucional del dolor crónico, su comprensión al mismo tiempo médica, clínica y cultural, dependió de la inversión de ese triple proceso de ocultación que limitaba el testimonio del paciente, que no atendía al dolor terminal y que mostraba aún menos interés por resolver o paliar el sufrimiento de grupos marginales y clases desfavorecidas, incluida en esta categoría la clase no menor del enfermo desahuciado.

Por una parte, los manuales de fisiología publicados en la segunda mitad del siglo XIX apenas se referían a los dolores viscerales, es decir, a todos aquellos que no se acomodaban fácilmente a las prácticas de laboratorio y a sus procedimientos mecánicos de objetivación y manipulación experimental. Aun cuando estos dolores internos fueran mucho menos excepcionales que los externos, la fisiología prefirió concentrarse en el estudio de lo infrecuente, mientras que lo cotidiano los dolores que se sienten en el órgano o los que resultaban de la estimulación del sistema nervioso central adquiría tintes de excepcionalidad. En segundo lugar, los esfuerzos

de objetivación de la enfermedad habían arrumbado las cualidades narrativas del paciente, junto con todos sus recursos retóricos.

El testimonio del paciente, apenas verbalizado, casi siempre dramático, sólo se hacía comprensible desde la lógica de la enfermedad mental. No ocurría, como ahora, que al sufrimiento físico se le reconociera una dimensión psicológica, sino que el enfermo de dolor crónico terminaba con frecuencia sus días en el olvido o en el cuaderno de notas de un psiquiatra.

En 1919, James Mackenzie distinguía dos métodos de aproximación a la enfermedad: el propio del laboratorio, que buscaba la comprensión de los signos de la enfermedad a través de su reproducción experimental, y el que dependía de la medicina hospitalaria, que entendía el síntoma en relación con la vida del paciente.

Para John Ryle, uno de los exponentes de la nueva medicina social, el médico no debía *ver* la enfermedad en el cuerpo del paciente, sino *entender* a cada enfermo en el contexto de su enfermedad. Su aproximación clínica no dependía de procedimientos mecánicos de objetivación, sino de la educación de los sentidos (del médico) y la acumulación de testimonios (de pacientes).

Por un lado, la medicina hospitalaria debía descansar en el examen minucioso, el interrogatorio exhaustivo y la descripción detallada de los experimentos que la propia naturaleza operaba de manera espontánea en el organismo humano. Por el otro, la misma resistencia al tratamiento que el paciente vivía como un infierno debía conducir al médico a la redefinición de sus fines y propósitos.

Por último, pero no menos importante, la desigual distribución del daño entre sectores diferentes de la población también condujo a la invisibilidad social y al olvido clínico de grandes grupos humanos. Esa última forma de ocultación no sólo afecta a la historia de la medicina, sino que constituye un fenómeno de mucho mayor alcance relacionado con la elaboración cultural del dolor crónico, que tuvo



una incidencia especial en los cuerpos y en los modos de existencia de los sectores de población más desprotegidos.

El aspecto de los hijos de las clases trabajadoras de Londres, por ejemplo, era “pálido, delicado, enfermo, muchos padecían enfermedades de los órganos nutritivos relacionados con la nutrición, curvatura y distorsión de la columna y deformidad en las extremidades”. También el cuerpo del trabajador se avejentaba y encorbaba de manera prematura.

Al menos desde la segunda mitad del siglo XIX, cada vez aparecen más testimonios relativos a la forma en la que cada profesión parecía otorgar los signos de la reiteración mecánica y monótona de las acciones de la vida laboral. No sólo que cada oficio tuviera una “fisiología” según habían escrito algunos viejos tratadistas románticos, y que parecían dispuestos a confirmar algunos cronistas modernos, sino que los movimientos reiterados de la actividad profesional, unidos al uso de sustancias químicas, deformaban el cuerpo del trabajador hasta el extremo de producir lesiones morfológicas.

Aun cuando de todas las enfermedades se pueda decir, de manera casi tautológica, que han sido “construidas”, lo que la enfermedad crónica debe a su contexto social es todavía más determinante.

El dolor crónico ocupa un espacio, y no menor, en muchas condiciones intratables o incurables. Al mismo tiempo, aparece de manera recurrente en enfermedades nerviosas de larga duración, tanto si a esas enfermedades se les atribuye un origen orgánico como psicológico. Estas evidencias históricas sugieren que la ausencia o presencia de la expresión “dolor crónico” no permite por sí sola esclarecer la naturaleza de la enfermedad.

El problema no depende de la existencia de un nombre —que, por otra parte, no pasó a tener un uso extendido hasta la década de 1970, sino de la forma en la que

el paciente interpreta sus síntomas y de la manera en la que pudieron encuadrarse en un contexto médico y cultural que los hiciera significativos. La distinción entre el dolor agudo y el dolor crónico, sobre la que Wall y Melzack intentaban explicar que el surgimiento de la medicina del dolor no es una prerrogativa del siglo XX, y que tampoco permite explicar por sí sola el desarrollo de la medicina paliativa

La medicalización social del dolor crónico no depende tan sólo de la presencia de un nombre, sino del modo en el que el ser humano dialoga, de manera reiterativa, con su dolor físico.<sup>6</sup> Lo que confiere credibilidad y valor emocional a la narración que el paciente <sup>5</sup> Sobre las polineuritis, sobre todo las ligadas al alcoholismo, hace de sus síntomas no es la adecuación a un marco teórico que siempre se muestra insuficiente, mucho menos aún la correspondencia siempre cuestionada entre lesión y dolor, sino la semejanza con otras narraciones de lo mismo.

### 3.7 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR SEGÚN SU FISIOPATOLOGÍA

Según su presumible fisiopatología, encontramos 2 tipos de dolor diferentes, el dolor Nociceptivo y el dolor Neuropático.

- **DOLOR NOCICEPTIVO**

Está causado por la activación de los nociceptores A y C en respuesta a un estímulo nocivo sobre los tejidos corporales que puede ser secundario a una lesión, enfermedad, inflamación, infección o cirugía.

En el dolor Nociceptivo el funcionamiento del sistema nervioso es correcto. Es una respuesta fisiológica a una agresión,

Una característica importante de este tipo de dolor es que en general existe una importante correlación entre la percepción del dolor y la intensidad del estímulo desencadenante. A su vez el dolor Nociceptivo se divide en dolor **somático** y **visceral**.

#### **Dolor somático**

Se debe a las lesiones en los tejidos corporales tanto como piel, músculos, capas articulares y huesos.

Se caracteriza por ser bien localizado pero variable, en la descripción y la experiencia.

### **Dolor visceral**

Es el dolor que se origina por la lesión o disfunción de un órgano interno o sus serosas y suele estar mediado por los receptores de estiramiento, isquemia e inflamación- hay que tener en cuenta que no todas las vísceras son sensibles al dolor (cerebro, hígado, pulmón, ovaros).

El dolor visceral se caracteriza por ser cólico cuando la víscera es hueca, profuso, sordo, difuso, mal localizado que en ocasiones se irradia o se refiere a un área distante al órgano afectado.

Suele acompañarse de sintomatología vegetativa, como náuseas, vómito, sudoración, aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca.

Tenemos que diferenciar los términos de dolor referido y dolor irradiado.

El *dolor referido* se origina frecuentemente en un órgano visceral y se puede sentir en regiones del cuerpo alejadas de la zona de origen.

Se cree que el mecanismo es en parte debido a la convergencia espinal de fibras aferentes viscerales y somáticas en las neuronas espinotalámicas y por otro lado, a patrones de desarrollo embriológico y migración tisular.

Las manifestaciones más frecuentes son la hiperalgesia cutánea y profunda, hiperactividad autonómica y las contracciones musculares.

Ejemplos típicos son el dolor que se produce en los brazos y en el cuello cuando se produce un infarto de miocardio, o el dolor de hombro que acompaña a la inflamación de la vesícula biliar.

El dolor irradiado se transmite a lo largo de un nervio, extendiéndose a partir de su sitio de origen. Tanto el dolor de origen somático y algunos dolores de origen visceral pueden irradiarse. Por ejemplo el dolor de un espasmo muscular, que es somático, puede extenderse gradualmente a partir del punto de origen, lo mismo ocurre con el dolor del nervio ciático que suele irradiarse a la pierna.

- **DOLOR NEUROPÁTICO**

Es una descripción clínica, que requiere una lesión demostrable o una enfermedad que cumpla los criterios diagnósticos neurológicos establecidos. El término lesión se utiliza comúnmente cuando las pruebas diagnósticas revelan una anomalía o cuando hay un trauma obvio.

El dolor Neuropático surge por la actividad generada en el sistema Nociceptivo sin una adecuada estimulación de sus terminaciones sensitivas periféricas y los cambios fisiopatológicos que hacen independientes del evento desencadenante.

También se le considera como un dolor patológico dado que no tiene ninguna utilidad beneficiosa para el organismo al contrario del Nociceptivo.

A pesar de los procesos fisiopatológicos y de la etiología subyacente, los pacientes con dolor Neuropático presentan similitud en las características del dolor como quemante, punzante, lancinante, hormigueante, picazón, pinchazos, descarga eléctrica golpeando, opresión, dolor profundo, espasmo o dolor al frío.

El dolor Neuropático también se clasifica en base a la etiología del daño al sistema nervioso

---

<b>Localización</b>	Central (médula espinal, tronco cerebral, tálamo y corteza) Periférico (nervio, plexo, ganglio raíz dorsal, raíz)
<b>Distribución</b>	Localizado (área bien delimitada y consistente de máximo dolor) Difuso

---

<b>Etiología</b>	Trauma Isquemia o Hemorragia Inflamación Neurotoxicidad Neurodegeneración Paraneoplásico Metabólico Déficit vitamínico Cáncer
<b>Mecanismos</b>	Descargas ectópicas Pérdida de inhibición Sensibilización Periférica Sensibilización Central

### 3.8 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR DE ACUERDO CON EL CURSO DE EVOLUCIÓN.

- DOLOR CONTINUO, aún con ascensos y descensos de intensidad, persiste a lo largo del día.
- DOLOR EPISÓDICO: existen periodos del día en el que no existe dolor. Se subdivide en:
- INCIDENTAL, aparece asociado a alguna actividad, tos, caminar, apoyo, defecación, etc.
- INTERMITENTE, de manera espontánea, sin un factor desencadenante conocido.
- FALLO FINAL DE DOSIS, aparece antes de tomar la dosis de un analgésico para el que está existiendo una respuesta adecuada.

Para completar la clasificación del dolor, vamos a incluir un tipo de dolor denominado **DOLOR NO SOMÁTICO** que incluiría a los pacientes con síndrome doloroso no susceptibles de adscripción al otro gran grupo teórico, “**ETIOLOGÍA SOMÁTICA PRIMARIA**”, grupo para el que sería aplicable la clasificación del dolor previamente recogida.

La referencia clásica a “dolor psicógeno”, aludiendo a su etiología psicológica, desde nuestro punto de vista, resulta excesivamente simplista y entraña un riesgo importante de infravalorar las quejas y errar en el diagnóstico de base.

La búsqueda etiológica precisa una intervención interdisciplinar médico-psicológica que permitirá identificar los diferentes subgrupos que se incluyen:

Trastorno somato morfo

Trastorno del estado de ánimo

#### **4. DOLOR CRÓNICO Y AGUDO**

##### **4.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL DOLOR**

El tratamiento inadecuado del dolor humano es, como se ha dicho en una de las grandes injusticias de nuestro mundo actual, sino también la causa de enorme sufrimiento y desesperación entre los seres humanos.

En los últimos 30 años se ha presentado un especial interés a los pacientes con dolor. El tratamiento del dolor forma ahora parte integral e importante de la práctica clínica en muchos países.

El planteamiento del dolor como un grave problema sanitario y económico ha estimulado el desarrollo de programas de formación y estructuras nuevas para hacer frente a las crecientes demandas de la Medicina del dolor.

Según las estimaciones publicadas por el NIH (National Institute of Health) 90 millones de los 250 millones de habitantes en Estados Unidos sufren dolor, 50 millones dolor agudo y 40 millones dolor crónico; 22 de los cuales están totalmente discapacitados.

La American Pain Society ha estimado que el coste estimado de la asistencia sanitaria, la discapacidad y la pérdida de productividad al dolor en este país ascienden a más de 90,000 millones de dólares al año. Casi la cuarta parte de los días de trabajo perdidos se le atribuyen al dolor.

## 4.2 DOLOR AGUDO

El DOLOR AGUDO es una experiencia, normalmente, de inicio repentino, duración breve en el tiempo y con remisión paralela a la causa que lo produce. Existe una relación estrecha temporal y causal con la lesión tisular o la estimulación nociceptiva provocada por una enfermedad. De manera menos frecuente, puede asociarse etiológicamente con un proceso Neuropático, por ejemplo la neuralgia del trigémino. Su duración se extiende desde pocos minutos a varias semanas.

Al dolor agudo se le ha atribuido una función “protectora”, su presencia actúa evitando que el individuo desarrolle conductas que puedan incrementar la lesión o le lleva a adoptar aquellas que minimizan o reducen su impacto. La respuesta emocional fundamental es la ansiedad, con menor participación de otros componentes psicológicos. Sus características ofrecen una ayuda importante para establecer el diagnóstico etiológico y seleccionar el tratamiento más adecuado. Su presencia sigue un esquema clásico de tratamiento como Dolor-Síntoma.

## 4.3 FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR AGUDO

El dolor agudo constituye un mecanismo biológico de alarma de primera línea que aparece como resultado de la activación del sistema nociceptivo debido a daño somático o visceral y cuya función es alertar el organismo frente a estos estímulos nocivos para generar una conducta que generalmente es evitar y que tiene como último fin lograr la supervivencia. Se relaciona con estrés neuroendocrino proporcional a la intensidad y con cambios fisiopatológicos que involucran a los diferentes órganos y sistemas. Se desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causal. Si no hay complicaciones el dolor agudo desaparece con la lesión que lo originó.

El comité de Taxonomía de la IASP (International Association for the Study of Pain) propuso la definición de «dolor agudo» como una desagradable y compleja

constelación de experiencias sensoriales y emocionales, relacionadas con respuestas autónomas producidas por daño a estructuras somáticas o viscerales.

Cuando se produce el daño hístico ocurre la activación de nociceptores y se inicia una cascada de eventos relacionados con la liberación de neuromediadores alógenos y pro inflamatorios, la información es conducida a través de vías neurales hacia centros nerviosos superiores. También se disparan mecanismos homeostáticos endógenos antinociceptivos. En resumen, constituye los procesos de percepción, transducción, transmisión, modulación periférica y medular y procesamiento central.

Hoy en día, se entiende el dolor como la integración de tres componentes: el sensitivo, que hace referencia al impulso desencadenado desde los receptores del dolor; el componente cognitivo que se relaciona con el aprendizaje cultural respecto al dolor y con las conductas que se toman con relación a este, en el que se integran factores tales como el entorno social y cultural y el tercer componente es el emotivo-afectivo, que hace referencia a las emociones frente al dolor y la manera en que estas pueden influir en la interpretación del mismo.

La percepción final del dolor es consecuencia de la integración de estos tres componentes y depende de la contribución relativa de uno u otro, de cada persona y del tipo de dolor. Así, se considera el dolor como la más compleja experiencia humana y la causa más común de estrés síquico y fisiológico.

El dolor constituye por tanto un sentido vital para cada ser viviente, gracias al cual reconocemos un daño real o potencial que hace que cuidemos de nuestra integridad. Si no tuviésemos este sexto sentido, vital en nuestra existencia muchos agentes agresores pasarían desapercibidos y cuando nos percatáramos de su presencia tal vez estaríamos cerca del colapso total de la muerte.

Como el dolor agudo tiene la función de advertir al ser humano que fisiológicamente hay una alteración en alguna parte de su organismo, este síntoma sirve al médico



como ayuda diagnóstica así como para normar y formar una conducta para su control.

Las manifestaciones fisiológicas inmediatas del dolor agudo son las mismas de la reacción de alarma o del «reflejo de lucha o huida» debidas a la respuesta simpático-adrenérgica del organismo y las más reconocidas son la dilatación pupilar, la sudoración palmar, conducta de escape y las vocalizaciones variadas (grito, gimoteo, sollozos).

Por otro lado, el dolor agudo provoca alteraciones fisiopatológicas a nivel de los diferentes órganos y sistemas que son capaces de alterar el curso de cualquier padecimiento, incluso se puede convertir en una enfermedad en sí mismo si no recibe un adecuado tratamiento. Estas alteraciones se relacionan esencialmente con el incremento de la actividad simpática y tienen mayor connotación desde el punto de vista clínico en presencia de algunos tipos de dolor al que nos enfrentamos los anestesiólogos en nuestro quehacer diario sea en el quirófano o en las clínicas de tratamiento del dolor como son el dolor peri operatorio, en el trabajo de parto, en los traumas agudos, el dolor en el enfermo crítico, en el paciente quemado, así como el que aparece en otras entidades cuyos mecanismos fisiopatológicos son de mayor complejidad como es el caso del síndrome doloroso regional complejo, la neuralgia herpética, el dolor agudo en el cáncer, el dolor de causa vascular, entre otros.

A pesar de todos los avances en cuanto a los conocimientos de los cambios fisiopatológicos que acontecen en presencia de dolor agudo y la repercusión negativa que estos ejercen sobre el organismo, los pacientes que sufren este síntoma asociado a padecimientos de causa clínica o traumática continúan sin recibir una adecuada analgesia. La subestimación del dolor por parte del personal sanitario conlleva en la mayoría de los casos a prolongar el tiempo de reparación de la causa que lo origina e incluso a empeorar las condiciones hemodinámicas del enfermo.

Constituye, el objetivo de esta revisión definir los mecanismos fisiopatológicos que se desencadenan en presencia de dolor agudo y las alteraciones que Para

comprender por qué se producen las alteraciones fisiopatológicas que aparecen en presencia de dolor agudo, es importante conocer la naturaleza de las respuestas que se desencadenan a nivel del sistema nervioso central frente a los estímulos nociceptivos. Cuando el impulso doloroso alcanza la médula espinal genera respuestas a este nivel, que son conocidas como respuestas segmentarias. Estas tienen un carácter reflejo y son el resultado de la integración de la vía aferente nociceptiva con el sistema motor y simpático.

Las neuronas del asta dorsal que reciben la información nociceptiva establecen sinapsis de forma directa o indirecta con las neuronas somatomotoras del asta anterior y con las neuronas pre ganglionares simpáticas del asta antero lateral. La estimulación de estos grupos neuronales da lugar a cambios en el tono del músculo esquelético y del músculo liso visceral y vascular.

De este modo se presenta espasmo de la musculatura lisa visceral que se manifiesta con hipomotilidad del tracto gastrointestinal, genitourinario y bronquiolo constrictión.

El espasmo del musculo esquelético provoca contracturas que aumentan el dolor y generan inmovilidad. El espasmo vascular es a predominio arteriolar y provoca isquemia en los diferentes órganos, la cual produce anoxia mística que acrecenta el dolor y deviene nuevamente en isquemia, estableciéndose un círculo vicioso consecuentemente generan en los diferentes órganos y sistemas.

Posteriormente la información nociceptiva alcanza el tallo cerebral y algunas porciones del di encéfalo, especialmente el tálamo y el hipotálamo, aquí se producen las respuestas supra segmentarias. La estimulación de los centros circulatorios incrementa la resistencia vascular sistémica y aumenta la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y el gasto cardiaco.

El estímulo del centro respiratorio genera en primera instancia hiperventilación, que de mantenerse por algún tiempo deviene en hipoventilación. Se produce además bronquio constrictión refleja. A este nivel también se potencia el tono del músculo

esquelético. Ocurre además hiperactividad endocrino metabólica que se traduce en incremento de las catecolaminas circulantes, así como de la síntesis de hormonas catabólicas como el glucagón, ACTH, ADH, cortisol, renina, angiotensina II y aldosterona así como disminución de Insulina y Testosterona. Las principales alteraciones metabólicas están dadas por hiperglucemia, intolerancia a la glucosa, aumento del catabolismo proteico muscular y lipólisis grasa.

Por último, cuando la información nociceptiva alcanza la corteza somato sensorial produce las llamadas respuestas corticales que se manifiestan como respuestas físicas y psicológicas que determinan la reacción última del individuo ante la agresión. Inicialmente aparece la adopción de posturas antalgicas con el fin de aislar la zona de dolor y ocurren disturbios emocionales y conductuales vinculados con aspectos cognitivos y experiencias previas en relación al dolor así como otros factores socioculturales, ambientales, económicos y raciales que se expresan a través de ansiedad y/o depresión, agitación o agresividad, miedo, insomnio, aislamiento y sufrimiento. A nivel cortical también se proyectan vías eferentes hacia el hipotálamo que se encargan de facilitar las respuestas simpáticas.

Como resultado de la integración de las respuestas generadas en los diferentes niveles mencionados aparecen manifestaciones fisiopatológicas específicas en cada órgano y sistema, vinculadas fundamentalmente a la acción que la hiperactividad simpática y la consiguiente liberación de catecolaminas induce sobre ellos.

Las principales alteraciones cardiovasculares son taquicardia, hipertensión, aumento de la contractilidad miocárdica y de la resistencia vascular sistémica, estos elementos causan un aumento en la demanda y el consumo de oxígeno por el miocardio. Por otro lado hay vasoconstricción coronaria que trae consigo una disminución en el aporte de oxígeno. Ambos elementos contrapuestos facilitan la aparición de arritmias e isquemia cardíaca, incluso shock cardiogénico. Todas estas variaciones serán más notables en pacientes con coronariopatías u otros tipos de

cardiopatía isquémica en los cuales la presencia de dolor puede precipitar un IMA o fallo cardiaco agudo.

Además de estos cambios la inmovilidad que provoca el dolor y la hiperactividad simpática dan lugar a la aparición de la triada de Virchow cuyos componentes son la hipercoagulabilidad, estasis circulatoria y daño endotelial que favorecen la aparición de fenómenos tromboembólicos en diferentes órganos, así pueden aparecer trombo embolismo pulmonar, trombosis venosas profundas, accidentes vasculares encefálicos de tipo isquémico o trombótico, trombosis coronaria e infarto cardiaco.

Las funciones respiratorias se deterioran especialmente cuando las lesiones que provocan dolor afectan la región torácica o el hemiabdomen superior. En primer lugar aparece contractura refleja de la musculatura toraco-abdominal y disfunción diafragmática, factores que limitan la expansibilidad de la caja torácica. Hay una inhibición voluntaria del reflejo de la tos y la respiración profunda, lo que favorece la retención de secreciones y la consecuente aparición de infecciones respiratorias. También aparece bronquiolo constricción de origen segmentario.

De manera general hay una disminución de la función pulmonar global que se expresa con disminución de los volúmenes pulmonares estáticos y dinámicos y alteración de la relación ventilación - perfusión que conllevan a hipoventilación alveolar. Todos estos elementos se manifiestan clínicamente a través de atelectasias, neumonías, hipoxemia, hipercapnia y falla respiratoria aguda.

En el tracto gastrointestinal el influjo simpático inhibe la motilidad de este sistema, predominantemente del colon y aumenta el tono de todos los esfínteres. Esto propicia la acumulación de secreciones gastrointestinales y la distensión gástrica y abdominal. También aparece vasoconstricción asplácica. Clínicamente el paciente refiere nauseas, tiene vómitos y sobre todo en los pacientes pos operados de tórax o abdomen puede aparecer íleo paralítico.

En el sistema genitourinario ocurre una disminución del tono muscular genitourinario y distensión vesical, lo cual favorece la retención de orina y las infecciones renales. Hay una caída del gasto urinario que suele traducirse como oliguria.

El sistema osteomioarticular se ve afectado por las contracturas y espasmos musculares que a su vez aumentan el dolor, esto da lugar a limitación en la movilidad de los miembros o de los grupos musculares afectados que luego conducen a atrofia y rigidez articular. En el tórax se observa una disminución de la distensibilidad de la pared torácica.

En el sistema inmunológico puede aparecer leucocitosis, neutropenia, aumento de la fagocitosis, disminución en la función de los linfocitos T y B y reducción en la secreción de inmunoglobulinas, que conlleva a un deterioro de la respuesta inmune tanto a nivel celular como humoral.

Como se puede observar, la mayoría de los sistemas y órganos sufren modificaciones en presencia de dolor agudo. Estas alteraciones pueden repercutir en mayor o menor grado sobre el paciente, en correspondencia con algunos factores que pueden incidir sobre la intensidad de las respuestas fisiopatológicas que se generan.

Estos factores son la magnitud de la lesión, la localización de la misma, el umbral de tolerancia del paciente frente al dolor y la presencia de otras enfermedades asociadas.

Aunque existen diversas causas de dolor agudo, el dolor postoperatorio es, sin duda, el dolor agudo más frecuente. Actualmente, constituye una deficiencia reconocida de la medicina porque su tratamiento suele ser insuficiente por el miedo injustificado del personal sanitario a emplear opioides u otros fármacos y porque la naturaleza temporal del dolor hace que no se le preste la debida importancia. La obligación de tratar el dolor postoperatorio obedece no sólo a razones humanitarias y éticas, sino también a razones fisiopatológicas.

El dolor postoperatorio no tratado prolonga la respuesta al estrés de la cirugía y por lo tanto tiene efectos deletéreos metabólicos y sobre la inmunidad, afecta el sistema cardiovascular y en la cirugía torácica y abdominal alta favorece la aparición de complicaciones respiratorias postoperatorias. La recuperación postoperatoria en general y la deambulación son más rápidas si el dolor se trata adecuadamente.

El dolor intenso es también un síntoma cardinal en más de 70 % de los enfermos graves que son tratados en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Sin embargo solo una tercera parte de estos pacientes reciben analgésicos, menos aun cuando están sedados y bajo efectos de relajantes musculares.

Estos hechos se han perpetuados, no obstante el conocimiento actual sobre los múltiples efectos deletéreos que produce el dolor no tratado sobre estos enfermos que ya cursan con severas alteraciones del medio interno, con modificaciones en el flujo sanguíneo hístico, con hipoxia y acidosis secundarias, alteraciones en la distribución de los líquidos corporales, hipoalbuminemia y estados hiperadrenérgicos con hipermetabolismo que condicionan desnutrición aguda severa, entre otros desbalances. Las causas más frecuentes de dolor en estos pacientes están relacionadas a: postoperatorio, procedimientos de diagnóstico, procedimientos terapéuticos, por enfermedades agudas, por estancia prolongada, cambios de posición, y por algunas enfermedades crónicas dolorosas.

El dolor que se presenta en los pacientes quemados, suele ser de gran intensidad y su adecuado y efectivo control es extremadamente importante, ya que además de evitar el sufrimiento, disminuye la tasa de complicaciones, atenúa la respuesta al estrés y facilita la movilización y la manipulación.

En el estado agudo, el dolor más intenso lo presenta el paciente en el momento de la curación y el cambio de vendajes. Permanece también un dolor continuo de fondo cuando está en reposo y que puede perdurar semanas o meses.

El dolor relacionado con las quemaduras puede empeorar con el tiempo, debido al aumento de la ansiedad y la depresión, a alteraciones del sueño y a dificultades de

adaptación. También está asociado a causas orgánicas como la regeneración de las terminaciones nerviosas.

El tratamiento del dolor durante el trabajo de parto es un tema controversial. La gran descarga simpática que se genera en este periodo ocasiona aumento de la ventilación materna al doble o triple de lo normal, periodos de hipoventilación entre las contracciones que pueden conducir a hipoxia materna y a su vez a hipoxia fetal. También hay un incremento de la frecuencia cardiaca, tensión arterial media y gasto cardiaco. En labores de parto prolongadas son frecuentes las alteraciones emocionales en la madre.

Los pacientes con dolor crónico por cáncer pueden presentar dolor agudizado en forma espontánea ocasionado por el avance de la enfermedad con afectación directa del tejido sano adyacente al tumor o a distancia por medio de metástasis, principalmente óseas. Estos episodios de agudización del dolor requieren de una eficaz terapia analgésica de rescate para evitar las respuestas fisiopatológicas, inmunológicas y emocionales que deterioran aún más a este paciente que sufre de dolor total.

La característica común a todo paciente que recibe un traumatismo agudo es la presencia de dolor de diversa intensidad, la excepción a ésta regla es el paciente poli traumatizado inconsciente o en coma. Cuando se desencadena el dolor comienzan a actuar mecanismos para prevenir o minimizar la lesión, que son beneficiosos en cierta medida. La gran descarga simpática puede ayudar en el mantenimiento de la estabilidad hemodinámica conservando la presión arterial y el gasto cardíaco pero a costa del aumento de todos los determinantes mayores del consumo de oxígeno, de modo que estos mecanismos que están destinados a proteger, terminan por agobiar y entorpecer la evolución satisfactoria del paciente.

Se concluye que las alteraciones fisiopatológicas que se producen en cada órgano y sistema en presencia de dolor agudo constituyen las principales causas que

generan complicaciones y retardo en la recuperación de pacientes pos operado, quemado, en los enfermos críticos, en los que reciben lesiones traumáticas agudas, entre otros.

Pese al rápido progreso alcanzado en el desarrollo de técnicas nuevas y efectivas para el tratamiento del dolor, el manejo de los pacientes que tienen este síntoma como expresión de alguna enfermedad o lesión, sigue siendo inadecuado y tórpido. Esto se debe en gran medida al desconocimiento de los mecanismos fisiopatológicos que se desencadenan en presencia de dolor agudo.

#### 4.4 DOLOR CRÓNICO

El DOLOR CRÓNICO, se extiende más allá de la lesión tisular o la afectación orgánica con la que, inicialmente, existió relación. También puede estar relacionado con la persistencia y repetición de episodios de dolor agudo, con la progresión de la /s enfermedad/es, con la aparición de complicaciones de las mismas y con cambios degenerativos en estructuras óseas y músculo-esqueléticas. Ejemplos de lo dicho son el cáncer, fracturas patológicas secundarias, artrosis y artritis, neuralgia pos herpética, etc.

El dolor crónico es percibido por quien lo sufre como “inútil”, pues no previene ni evita daño al organismo. Tanto su naturaleza como su intensidad presentan una gran variabilidad en el tiempo, en muchas ocasiones las quejas se perciben como desproporcionadas a la/s enfermedades subyacentes.

Las repercusiones más frecuentes en la esfera psicológica implican ansiedad, ira, miedo, frustración o depresión que, a su vez, contribuyen a incrementar más la percepción dolorosa. Las repercusiones socio-familiares, laborales y económicas son múltiples y generan cambios importantes en la vida de las personas que lo padecen y sus familias: invalidez y dependencia



La necesidad de uso de fármacos con que aliviar el dolor, se convierte en un factor de riesgo potencial de uso, abuso y auto prescripción, no sólo de analgésicos, sino también tranquilizantes, antidepresivos y otros fármacos.

En su manejo, además de los aspectos físicos del dolor hay que tener en cuenta los otros componentes, emocional, afectivo, conductual y social.

Dolor crónico benigno o no maligno: Debido a causas no neoplásicas y no potencialmente mortales. Esta clasificación es poco afortunada, porque un dolor crónico e invalidante como en el observado en caso del miembro fantasma o la artritis reumatoide nunca es benigno para el paciente, independientemente de cual sea la causa.

Hay otras clasificaciones más o menos artificiosas, como la de dolor físico vs dolor psicógeno, o la de dolor Nociceptivo vs dolor Neuropático. Esta última es la que puede tener mayor interés.

#### 4.5 MODULACIÓN DEL DOLOR

En 1965, Ronald Melzack y Patrick Wall apoyados en resultados obtenidos en animales y en humanos, postularon la Teoría de Compuerta de Control del dolor. La teoría se basa en lo siguiente:

1. La transmisión de los impulsos nerviosos de las fibras aferentes hacia las neuronas de segundo orden, en la médula espinal, es modulada por un mecanismo de compuerta en las astas dorsales.
2. El mecanismo de control está influenciado por la actividad de las fibras aferentes. La actividad en las fibras A $\beta$ , de tacto discriminativo, tiende a inhibir la transmisión (cierran la compuerta), mientras que la actividad en las fibras nociceptivas A $\delta$  y C tiende a facilitar la transmisión (abren la compuerta).

3. El mecanismo de compuerta espinal está influenciado por estímulos que descienden de niveles superiores del sistema nervioso central entre los que se incluyen, además, procesos de origen cognoscitivo.

4. Cuando la actividad de las neuronas transmisoras de segundo orden de la médula espinal sobrepasa un nivel crítico, se activa el sistema nociceptivo supra espinal.

#### 4.6 FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor es un proceso dinámico, cambiante, que inicialmente tiene una finalidad específica de protección y que en condiciones normales se encuentra restringido a la relación con el tiempo de curación de la causa que originó el dolor; sin embargo, según el tipo de estímulo que le dio origen, así como la rapidez y eficacia con la que se instaló un tratamiento causal y sintomático, puede variar de un evento fisiológico, y por lo tanto normal, a un cuadro persistente y sin ningún propósito inmediato o mediato.

Son numerosos los mecanismos que pueden postularse como los directamente responsables de la existencia del dolor patológico.

Es relativamente fácil justificar o explicar las causas del dolor nociceptivo, es decir, aquel que suele aparecer como consecuencia de un daño tisular directo, ya que ésta es evidentemente objetiva. No obstante, cuando se trata del dolor no nociceptivo o patológico generalmente es imposible encontrar las causas directas.

**Sensibilización** Se denomina así a todo proceso caracterizado por la disminución de los umbrales de activación de los nociceptores, aferentes primarias y neuronas de segundo orden de localización en el asta dorsal de la médula espinal.

Este mecanismo es, sin duda, el responsable más frecuente del dolor patológico. La caída en los umbrales de las fibras especializadas en la nocicepción puede ocurrir como consecuencia de un estímulo intenso y constante que llevará irremediablemente a que las fibras estimuladas respondan a estímulos que, en condiciones normales, no son dolorosos.

**Asta Dorsal Medular** ¿cuál es su rol en el procesamiento de los impulsos que generan la sensación dolorosa? “En la medicina como en la vida, los problemas deben ser resueltos con pleno conocimiento del origen de los mismos asimilando la estructura, función y diversas patologías”.

Foro de Investigación y Tratamiento del Dolor para la Comunidad Médica que la aplicación de un estímulo ligeramente supra umbral desencadene una respuesta altamente dolorosa (hiperalgesia) e incluso que la estimulación de baja intensidad, pero de frecuencia constante, conduzca al paciente a un cuadro de dolor intenso y prolongado a pesar de que el umbral de las neuronas nociceptoras se halle inalterado o aun elevado (hiperpatía).

Dicho evento es consecuencia de un fenómeno conocido como sumación, el cual consiste en que una serie de estímulos se van asociando paulatinamente hasta que alcanzan el umbral y, por lo tanto, la despolarización intensa y prolongada de la fibra.

Es importante mencionar toda una cascada de eventos de tipo bioquímico que determinan la serie de cambios descritos con anterioridad. Todo parece iniciarse con la liberación de potasio a partir de la membrana celular, el cual se considera por sí solo un potente activador de los nociceptores; a esto se agrega la conversión de los lípidos de la membrana hacia la vía metabólica del ácido araquidónico, con la posterior liberación de sustancias sensibilizadoras de los nociceptores mejor conocidas como prostaglandinas, mismas que juegan un papel muy importante en el proceso de la inflamación de tipo neurogénico.

Desde luego, participan ciertos elementos como la sustancia P, un potente neurotransmisor liberado a nivel periférico a partir de las aferentes primarias, que se encargará de estimular a otras fibras vecinas así como de producir respuestas vasodilatadoras en los vasos sanguíneos regionales, ocasionando, por ejemplo, la extravasación de bradicinina, otro importante activador de nociceptores.

Así es como se lleva la información a sitios vecinos al área originalmente estimulada. Otras sustancias como la histamina, liberada a partir de los monocitos

o bien de la serotonina de las plaquetas, también son elementos activadores de las fibras aferentes primarias. Todo lo anterior conduce a la conocida experiencia clínica de la hiperalgesia primaria, la cual se presenta en el sitio preciso de aplicación del estímulo agresor, e hiperalgesia secundaria a la zona dolorosa inmediatamente cercana al sitio lesionado.

#### 4.7 PAPEL DEL CEREBRO EN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR

El efecto de las lesiones o de las estimulaciones de la corteza cerebral sobre la percepción del dolor es variable. Pacientes que han sido sometidos a una hemisferectomía, pueden tener una percepción del dolor prácticamente normal.

Las lesiones destructivas de las áreas 1 y 2 de Brodmann no siempre suprimen la capacidad de percibir el dolor. Las lesiones del lóbulo frontal y de la corteza del cíngulo, por su parte, ocasionan un estado en el cual se presenta una disociación de los componentes afectivos, con una marcada disminución del sufrimiento por dolor, pero no de la discriminación del dolor.

Penfield y Boldrey, en 1937, estimularon directamente la corteza cerebral de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas bajo anestesia local. Los pacientes experimentaron percepciones dolorosas referidas a partes del hemicuerpo contralateral en sólo 11 de cerca de 800 respuestas. En ocasiones hay pacientes que manifiestan dolor durante sus crisis.

En la mayoría de estos casos se ha podido comprobar el compromiso de la corteza SI contralateral. Mediante el uso combinado de imágenes de Tomografía por emisión de positrones (PET) y Resonancia magnética (RM) en humanos se ha mostrado que la estimulación dolorosa ocasiona una activación significativa de las cortezas contralaterales del cíngulo en su porción anterior, SI y SII.

Por todo lo anterior, se considera que las dos zonas de la corteza cerebral que están particularmente implicadas en el procesamiento de la información nociceptiva son:

la corteza parietal somato sensorial (SI y SII), que estaría relacionada con el componente de discriminación sensorial del dolor, y la corteza del cíngulo, asociada al componente afectivo-emocional del dolor.

El dolor de miembro fantasma es la manifestación dolorosa que refieren algunos pacientes en la extremidad que les ha sido amputada. Prácticamente, todos lo amputados tienen sensación de miembro fantasma, pero sólo un porcentaje que varía entre 10 y 70% de ellos, según diferentes autores, tiene dolor de miembro fantasma.

Este fenómeno puede aparecer en el mismo momento de la lesión o iniciarse después de un intervalo de semanas, meses y aun años. Es más común en pacientes de edad avanzada y en aquellos con trastornos emocionales.

También puede observarse en pacientes con lesión parcial del plexo braquial o en casos de sección accidental de la médula espinal. En algunos, de los primeros, la amputación ulterior de la extremidad lesionada no ha ocasionado desaparición, ni de la sensación fantasma, ni del dolor. El fenómeno de dolor de miembro fantasma se ha observado, además, en casos de niños que han nacido sin una extremidad o la han perdido a muy corta edad. Por ello, se puede afirmar que el cerebro, además de detectar y analizar estímulos, genera experiencias perceptuales aun sin estimulación periférica.

#### 4.8 MECANISMOS DE PRODUCCION DEL DOLOR.

Mecanismos de producción del dolor clínico De acuerdo con su fisiopatología el dolor clínico puede ser:

1. Nociceptivo, también llamado Inflamatorio, que es el producido por una lesión tisular que desencadena la liberación de sustancias químicas que estimulan directamente a los nociceptores,
2. Neuropático, debido a la lesión de alguna porción del Sistema Nervioso, y

3. Mixto, cuando se combinan los dos anteriores.

Si no se puede determinar el mecanismo causal, hablaremos de un dolor Idiopático. Algunos autores incluyen, en esta clasificación, el dolor Psicógeno; sin embargo, preferimos no utilizar esta categoría por varias razones:

1. Todo dolor tiene componentes psicológicos,
2. Este diagnóstico “rotula” y estigmatiza al paciente, pues en ocasiones se considera que el paciente es un enfermo mental, o lo que es peor, se cree que el paciente es un embaucador.
3. Se corre el riesgo de un error diagnóstico porque el paciente puede tener una lesión grave, ubicada en un área de difícil acceso diagnóstico, o una lesión pequeña de crecimiento muy lento.

El dolor nociceptivo se divide, de acuerdo con la localización de la lesión que lo produce, en: Somático y Visceral.

El dolor somático es superficial cuando la lesión causante del dolor se localiza en la piel, o en el tejido celular subcutáneo, y profundo en el caso de los dolores del sistema óseo-músculo-articular.

El dolor visceral es aquel que tiene su origen en las vísceras de las cavidades craneana, torácica o abdominal. El dolor neuropático se divide en periférico, si la lesión afecta los nervios periféricos, y central, cuando la lesión altera alguna estructura del neuroeje. En la actualidad se está popularizando la tendencia a llamar dolor neuropático, solamente al dolor periférico, y dolor central, sin el calificativo de Neuropático, al dolor causado por lesiones en el neuroeje. Sin embargo, los mecanismos fisiopatológicos de estos dos tipos de dolores pueden ser similares.

## 5. MANEJO DEL DOLOR

### 5.1 CULTURA DEL MANEJO DEL DOLOR EN ENFERMERÍA

El personal de enfermería define el dolor como una manifestación de un malestar físico y mental que provoca incomodidad, un reflejo del organismo que suscita sufrimiento y un síntoma punzante en algún lugar específico.

En lo relacionado a los aspectos culturales, diversos estudios han reportado que la oración ayuda a sanar al paciente; la religión hace la diferencia porque las personas que son espirituales pueden adaptarse al malestar. La identidad étnica afecta la experiencia del padecimiento, en lo referente a la dificultad que implica la expresión del dolor para los hospitalizados

Las creencias de los pacientes tienen influencia familiar, consideran que el dolor significa que algo está mal y que tiene que ser realmente agudo para tomar medicamentos, los cuales evitan mientras el dolor no sea intenso. Además de que en algunas situaciones se estima que los hombres y mujeres reaccionan de forma diferente al dolor, las mujeres lo soportan más, los hombres gritan y no lo pueden resistir.

Otros estudios reportan que en la valoración del malestar, las enfermeras toman en cuenta las gesticulaciones faciales o señales y características del mismo, el reporte verbal del paciente, también utilizan escalas de evaluación numérica del 1 al 10, tratan el dolor en forma preventiva y además consideran el padecimiento en relación a la movilización del paciente.

En lo relacionado a la administración de analgésicos para el alivio del dolor, el personal de enfermería, la realiza sin efectuar la medición del malestar y no utilizan escalas para medir la intensidad de éste para su evaluación. Valoran los signos vitales, la posibilidad de una reacción alérgica y las características del dolor antes de administrar un analgésico,

En la mayoría de los casos se reporta al tratamiento farmacológico como el medio primario de manejo del dolor, raramente se utilizan las estrategias no farmacológicas. El reporte del malestar está influenciado por la creencia de que éste es necesario como síntoma de alarma.

### 5.1.1 EL DOLOR Y EL NIVEL CULTURAL DE LOS PACIENTES

El personal de enfermería en su práctica diaria, en el cuidado del paciente considera diferentes factores que tienen relación con la forma en que el hospitalizado expresa el dolor, como son nivel cultural, procedencia del paciente, edad, sexo, etnia, idioma, dialecto, nivel académico, experiencias anteriores con el dolor, religión, estado de conciencia del paciente.

Cada uno de estos factores es importante que sean tomados en cuenta, ya que de estos depende el correcto manejo que la enfermera debe dar para lograr la satisfacción del paciente y el alivio del dolor.

Tener en cuenta el nivel cultural de cada paciente es significativo para el personal de enfermería, ya que dependiendo de su cultura, cada paciente tiene una perspectiva distinta de lo que es el dolor, porque se presenta y como debe manejarse.

El personal de enfermería cuida y ayuda al paciente a mitigar, quitar, manejar, controlar e impedir el dolor, asimismo, tiene el poder de vincular al enfermo con los recursos del hospital, de la familia y de la propia enfermera para aliviar y manejar el dolor.

El dolor es una sensación de sufrimiento sensorial, sensitivo y emocional; gracias al manejo, a la presencia y actuación farmacológica y a los cuidados no farmacológicos de la enfermera, el paciente con dolor y su familia, encuentran calma ante la inquietud y el sufrimiento físico y espiritual.

El dolor y el sufrimiento transforman a las personas. La enfermera también vive esas transformaciones. Explorar el significado del dolor, la cultura, el manejo profesional del mismo y las percepciones de la enfermera, significa transitar por la humanidad de las enfermeras. La significación no está en los saberes profesionales, sino en los saberes humanitarios que la enfermera ha ido incorporando en su vida profesional.



## 5.2 INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PERSONAL DE ENFERMERÍA.

En la actualidad el dolor es considerado el quinto signo vital. Es necesario un programa educativo para el personal de enfermería sobre el manejo del dolor en pacientes hospitalizados.

El inadecuado conocimiento del dolor es una de las principales barreras para su manejo efectivo en el paciente por parte del personal de enfermería, aunado a la falta de comprensión de las estrategias preventivas para su control, las creencias erróneas, las expectativas de los pacientes, las inconsistencias en la práctica de evaluación del dolor, uso de analgésicos por razón necesaria y falta de tratamientos analgésicos.

La educación en el manejo del dolor es esencial para dar al personal de enfermería un punto de inicio para el manejo del mismo, por lo que se ha señalado la importancia de incluirlo en los programas de estudio y en la educación continua para el personal de enfermería, ya que no requiere de nuevas estrategias; sino de la preparación educativa, que lleve al personal de enfermería al uso del conocimiento científico en su práctica diaria y a la comunicación efectiva de este conocimiento con otros miembros del equipo de salud

Se ha encontrado que los estudios de intervención educativa aumentan el conocimiento y habilidades del personal de enfermería en el manejo del dolor, modificando las actitudes en el trabajo y los resultados de los pacientes, mejorando así la calidad del servicio de enfermería.

Antes de la intervención educativa, el personal de enfermería consideraba que el propósito en la administración de analgésicos es el alivio del dolor tanto como sea posible, lo que es preocupante por ser un valor bajo, ya que las metas en el manejo del dolor son minimizar o eliminar la incomodidad, facilitar la recuperación del proceso y eliminar las complicaciones; siendo un requisito el alivio del dolor para que el paciente logre la recuperación y calidad óptima de vida.

Mediante la intervención educativa para el manejo del dolor en el personal de enfermería, se mejora el conocimiento que dicho personal tiene sobre esta patología, así como las intervenciones y cuidados realizados para lograr su erradicación.

### 5.3 PARÁMETROS DE PRÁCTICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN MÉXICO

En México, durante el año 2000 se hospitalizaron 3.4 millones de personas; las principales causas de hospitalización fueron las de origen obstétrico y las intervenciones quirúrgicas.<sup>1</sup> En series internacionales se ha documentado que 78 % de los sujetos hospitalizados y 77 % de los pacientes quirúrgicos han experimentado dolor.

Se ha señalado que el manejo efectivo del dolor mejora las condiciones generales del paciente, facilita una recuperación más rápida y disminuye la estancia hospitalaria. En contraste, el manejo ineficaz del dolor se ha asociado con eventualidades potencialmente adversas.

La elevada prevalencia del dolor, las ventajas de su manejo óptimo y las desventajas de su tratamiento ineficaz, diversos autores han documentado que el alivio de este síntoma es subóptimo.

#### 5.3.1 PROPÓSITO DE LOS PARÁMETROS DE PRÁCTICA

- Proporcionar al paciente con dolor, un manejo analgésico eficaz, seguro y conservar su funcionalidad tanto física como psicológica.
- Educar a los pacientes y a sus familiares sobre la importancia de su participación para el tratamiento del dolor.
- Evitar en lo posible las potenciales secuelas futuras, hospitalizaciones prolongadas a consecuencia de este síntoma y la ocurrencia de efectos deletéreos asociados con la terapéutica analgésica.

Estos parámetros están centrados en el abordaje del dolor en diversos contextos y su tratamiento mediante distintos fármacos analgésicos. Su aplicación se efectuará

a través del trabajo coordinado del equipo de salud que atiende de manera profesional y ética a pacientes con dolor,

### 5.3.2 PLANES PROACTIVOS

Se refieren a la planificación anticipada del esquema analgésico, el cual debe elaborarse tomando en cuenta edad, estado físico, experiencias dolorosas previas, antecedentes de medicación habitual, terapias para el alivio del dolor utilizadas con anterioridad, adicciones presentes o potenciales y otras condiciones.

### 5.3.3 ENTRENAMIENTO Y EDUCACIÓN HOSPITALARIA

Existe evidencia de que un programa de educación continua dirigido al equipo de salud (médicos, enfermeras, jefes de servicio, jefes de farmacia, administradores, etc.) impacta favorablemente en la calidad de la analgesia proporcionada a los pacientes. Tal programa debe incluir la difusión y el estudio de las guías terapéuticas para el manejo de dolor, a fin de tener una mayor adherencia por parte de todo el personal.

### 5.3.4 ENTRENAMIENTO DEL PACIENTE Y DE SUS FAMILIARES.

El entrenamiento del paciente con dolor y de sus familiares debe formar parte de la consulta; el médico deberá proporcionarles la información necesaria acerca del derecho a recibir una analgesia eficaz y segura. Deberá incluir el empleo correcto de las escalas de medición del dolor, la forma para proporcionar el esquema analgésico y cómo la participación activa ayuda en el manejo analgésico.

### 5.3.5 POLÍTICAS INSTITUCIONALES

El seguimiento de estos parámetros debe considerarse parte de un protocolo hospitalario en donde participen de forma conjunta la dirección del hospital, cuerpo de gobierno, los servicios o departamentos médicos involucrados, el servicio de enfermería y el personal administrativo (recursos humanos, abasto, almacén, farmacia, entre otros).

La aplicación de estos parámetros requiere recursos humanos, materiales y tecnológicos suficientes para garantizar el cumplimiento de sus objetivos. Se recomienda contar con personal debidamente capacitado en el dominio de estos campos.

El manejo del dolor es parte de la atención global del enfermo; por lo tanto, es recomendable que se incluya dentro de los tabuladores de las compañías aseguradoras, para su justa remuneración.

### 5.3.6 DOCUMENTACIÓN DEL DOLOR

De acuerdo con la NOM-168-SSA1-1998, tanto el médico como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir con los lineamientos del expediente clínico en forma ética y profesional; de igual forma, deberán integrar y conservar dicho documento mediante la elaboración de notas médicas que se encuentren apegadas a la normatividad.

En este sentido, para la implementación de un programa eficaz y seguro de analgesia se recomienda realizar la evaluación y documentación del dolor en forma objetiva, sistemática y periódica. De igual forma, es necesario documentar la terapéutica empleada para el alivio de ese síntoma.

Un programa eficaz y seguro de analgesia precisa un protocolo hospitalario que contenga escalas de estimación del dolor y de otras variables asociadas. Se recomienda emplear una escala objetiva que mida la intensidad del dolor.

### 5.3.7 EVALUACIÓN DEL DOLOR

La evidencia sugiere que la valoración acuciosa del dolor se encuentra asociada con una mejor analgesia; por el contrario, su omisión condiciona que se proporcione un manejo subterapéutico.<sup>21</sup> Así mismo, se ha propuesto que la evaluación del enfermo debe considerar una propuesta analgésica integral.

Lo anterior tiene la finalidad de proporcionar un manejo óptimo de la sintomatología dolorosa. Para lograr una analgesia óptima, la evaluación del enfermo con dolor debe incluir la obtención de una historia clínica detallada (incluyendo la historia del dolor) y la realización de una exploración física acuciosa.

La semiología del dolor debe considerar los siguientes elementos: temporalidad, causalidad, localización y distribución, características, tipo de dolor, severidad o intensidad, duración y periodicidad, circunstancias coincidentes y tratamiento previo.

### 5.3.8 CONSIDERACIONES ESPECIALES RESPECTO A LA EVALUACIÓN INICIAL

En el dolor agudo se recomienda que la evaluación y la propuesta terapéutica incluya factores como severidad esperada del dolor, condiciones médicas subyacentes, rango del riesgo-beneficio de las opciones terapéuticas existentes y las preferencias del paciente respecto a sus experiencias dolorosas previas.

Así mismo, realizar ajustes o continuar con analgésicos previamente prescritos a fin de prevenir la ocurrencia del síndrome de abstinencia, continuar o iniciar el tratamiento del dolor preexistente, e iniciar desde el preoperatorio el manejo del dolor posoperatorio. En el enfermo oncológico se sugiere que la evaluación incluya valoración psicosocial y, si es necesario, psiquiátrica.

Así mismo, es indispensable el conocimiento de los síndromes dolorosos más comunes, que incluyen (pero no se limitan) metástasis óseas, dolor abdominal (visceral), dolor neuropático Y mucositis.

De igual forma, el conocimiento de las emergencias oncológicas (hipercalcemia, compresión medular, síndrome de la vena cava superior, etc.) es necesario en la evaluación del dolor en este grupo de pacientes.

Por otro lado, la evaluación del paciente con sospecha de dolor neuropático debe iniciar con la historia clínica. Ésta es indispensable para caracterizar al dolor de acuerdo con:

- Su temporalidad (agudo o crónico).
- Localización y distribución (irradiación dermatómica, esclerotómica o miotómica; localizado o bien definido, migrante, simétrico o asimétrico).
- Severidad o intensidad.
- Características (quemante, ardoroso, frío-ardoroso, punzante, lancinante, piquetes, agujas, toque o descarga eléctrica, calambre, difuso, etc.).
- Duración y periodicidad (continuo, discontinuo, fluctuante, intermitente, paroxístico, etc.), asociaciones (espontáneo, evocado por un estímulo identificado, en reposo o al movimiento).

#### 5.4 MANEJO DEL DOLOR AGUDO POS QUIRÚRGICO

El dolor agudo pos quirúrgico es una entidad a la que los cirujanos nos enfrentamos a diario. Por lo general se recomienda tratar el dolor pos quirúrgico en forma multidisciplinaria. Los especialistas pueden actuar en forma individual y/o grupal. El cirujano, el anestesista, la enfermera, y el psicólogo/psiquiatra, podrán actuar de acuerdo a la complejidad de cada caso para hacer más efectivo el plan establecido para el alivio del dolor.

Uno de los componentes a considerar es el umbral del dolor de cada paciente. Podríamos definir el umbral, como el grado de percepción del dolor de cada paciente. Este umbral puede modificarse de acuerdo al tiempo de exposición al dolor como a la intensidad del estímulo.

Más complejo se hace el manejo de esta entidad ya que al ser una sensación subjetiva, varía de sujeto a sujeto y no es factible de cuantificar con exactitud. No hay un manejo estándar que sirva por igual para toda la población; el umbral o grado de resistencia al dolor va disminuyendo cuando el dolor es crónico produciéndose una situación de hiperalgesia.

Un intento de definición de hiperalgesia sería la de percepción mayor del dolor ante el mismo estímulo. Se puede evaluar al analizar una curva de estímulo respuesta antes y después del estímulo y la aplicación de drogas.

En cada caso, nos enfrentaremos al uso de medicamentos con los que debemos tener cuidado, por los diversos tipos de analgésicos y sus interacciones. Paracelsus (1493- 1541) advertía que... “Todas las sustancias son venenos, no hay ninguno que no lo sea...la dosis adecuada es lo que diferencia un veneno de un remedio”.

El adecuado control del dolor pos quirúrgico seguirá siendo un reto, que a pesar de los avances en la investigación de los analgésicos, aún permanece sin resolver y propicia la constante aparición de muchos protocolos de manejo.

La evidencia es clara al afirmar que la mayoría de los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente llegaron a presentar dolor en un grado variable.

Los factores a considerar y que condicionan el grado de dolor pos quirúrgico son: el tipo de intervención quirúrgica, duración, el paciente, preparación pre operatoria, las complicaciones después de la cirugía así como el tratamiento analgésico aplicado y la calidad del cuidado en la recuperación.

Muchas veces aplicamos el modo PRN, que resulta de la abreviación de “Pro re nata” (cuando la situación lo requiera); término de uso poco aconsejable, puesto que la administración de fármacos debe estar dirigida a evitar la aparición del dolor y así su exposición al mismo, evitando crear una situación de hiperalgesia.

#### 5.4.1 EFECTOS DEL DOLOR

Hay que entender que el equilibrio entre: medicación administrada, ausencia de dolor y mínima cantidad de efectos adversos, ello nos obliga a hacer precisiones sobre algunos conceptos de la fisiopatología del dolor.

El efecto positivo del dolor agudo que tiene dos grandes beneficios:

- Como sistema de alarma al daño tisular.
- Inhibiendo la movilización (en trauma).

El efecto negativo del dolor agudo debe evaluarse a corto y largo plazo:

- Efectos negativos del dolor agudo a corto plazo:
- Sufrimiento físico y emocional del paciente
- Efectos cardiovasculares adversos como hipertensión y taquicardia.
- Disturbios del sueño con un impacto negativo en el humor y la movilización.
- Incremento del consumo de oxígeno con impacto negativo en pacientes con enfermedad arterial coronaria.
- Alteración del tránsito intestinal, aunque los opiáceos producen constipación o náuseas, el dolor pos quirúrgico no tratado puede alterar el tránsito intestinal y favorece las náuseas y vómitos. Incluso propiciando íleo, y potencial translocación bacteriana.
- Efecto negativo sobre la función respiratoria favoreciendo atelectasias, retención de secreciones y neumonía.
- Retrasa la movilización y promueve el trombo embolismo.

#### B. Efectos negativos del dolor agudo a largo plazo

- El dolor agudo severo prolongado es un factor de riesgo para el desarrollo de dolor crónico y propicia hiperalgesia. Varias investigaciones de dolor crónico llegan a la conclusión de que del 20% al 50% de pacientes con síndrome de dolor crónico debutan con un dolor agudo prolongado. El rol preventivo de un buen tratamiento del dolor agudo no está demostrado.
- Hay riesgo de cambios del comportamiento en los niños al permanecer por un período prolongado con dolor después de un tratamiento quirúrgico.

### 5.5 MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

El dolor es el principal motivo de consulta en los Servicios de Urgencia (SU) representando hasta el 78% de ellas y un tercio manifestando dolor intenso. A pesar de lo frecuente de este problema, el tratamiento del dolor está lejos de ser óptimo, con altas tasas de oligoanalgesia. Se ha comprobado el uso inadecuado de fármacos como la duplicación de mecanismos de acción, interacciones, fármacos



inapropiados y dosis incorrectas al escenario y perfil del paciente, con una alta incidencia de efectos adversos.

Se debe desarrollar un estándar de atención: desde las estrategias no farmacológicas hasta los regímenes terapéuticos protocolizados con la visión de hacer del Servicio de Urgencia un lugar de manejo integral y humanizado del dolor.

#### 5.5.1 EL PROBLEMA DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

La importancia del manejo del dolor tiene fundamentos éticos y profesionales, pero también importantes consecuencias en la satisfacción usuaria de los pacientes. Tomar en cuenta este punto es importante porque los pacientes satisfechos tienden a responder mejor a los tratamientos. Además, trabajar en un ambiente con buena satisfacción usuaria reduce las demandas por mal *praxis* y mejora la satisfacción profesional de los funcionarios.

Por lo anterior, se ha considerado la evaluación del dolor como un signo vital más, tanto es así que la mayoría de los métodos estandarizados de Triage incorporan la magnitud del dolor en sus algoritmos.

Desde otra perspectiva, los programas de manejo del dolor estandarizados reducen los costos de la atención médica con un uso más apropiado de recursos en el escenario intrahospitalario y además, el manejo especializado de los enfermos con dolor crónico disminuye la demanda de pacientes para atenderse en urgencia.

Por otra parte, debe considerarse que el dolor no es la única fuente de sufrimiento de los pacientes en el servicio de urgencia: la incertidumbre diagnóstica, los tiempos de espera, las náuseas, la disnea, los problemas económicos que implica la consulta, por mencionar sólo algunos aspectos, son todas fuentes que pueden contribuir a la angustia de él.

El alivio del dolor físico es sólo un pilar de la atención integral del paciente, siendo de gran relevancia, además el darse el tiempo para explicar, ser empático, dar seguridad al enfermo, buscar buenos tiempos de atención y otras estrategias, que

pueden hacer que el paciente tenga una buena experiencia en el Servicio de Urgencias.

La evaluación de la calidad del manejo del dolor en los Servicios de Urgencias no está estandarizado aún. La Joint Commission, en su 5ª edición de estándares para acreditación de hospitales, publica lo siguiente dentro de sus estándares centrados en el paciente:

- PFR: Patient and family rights. Derechos del paciente y su familia. El hospital apoya el derecho del paciente a la evaluación y gestión del dolor y a la atención respetuosa y compasiva al final de la vida.
- COP: Care of patients Cuidado de los pacientes. Los pacientes reciben ayuda para gestionar el dolor en forma efectiva. Los elementos medibles son:
  - En función del alcance de los servicios que presta, el hospital cuenta con procesos para identificar a los pacientes con dolor.
  - Cuando el dolor es el resultado que se espera de tratamientos, procedimientos o exámenes planificados, se informa a los pacientes acerca de la probabilidad del dolor y las opciones disponibles para su control.
  - Los pacientes que padecen dolor reciben atención de acuerdo con las directrices del manejo del dolor y de acuerdo con los objetivos de control del dolor planteados para el paciente.
  - En función del alcance de los servicios que presta, el hospital cuenta con procesos para comunicar a los pacientes y a sus familias cuestiones relativas al dolor y para educarlos acerca de cómo tratar con esta problemática.
  - En función del alcance de los servicios que presta, el hospital cuenta con procesos para educar al personal en cuestiones relativas al dolor.
- AOP: Assessment of patient Evaluación del paciente [1.5] Durante la evaluación inicial y durante cualquier reevaluación, se implementa un proceso de cribado para identificar a los pacientes que sufren dolor. Los elementos medibles son:
  - Los pacientes son sometidos a un cribado de dolor.

- Cuando el dolor se identifica a partir del examen de cribado inicial, se realiza una evaluación exhaustiva del dolor del paciente.
- La evaluación se registra de forma tal, que facilite la reevaluación y el seguimiento periódico conforme a los criterios establecidos por el hospital y las necesidades del paciente.

El tratamiento puede incluir estrategias farmacológicas y no farmacológicas. Estas estrategias deben reflejar un enfrentamiento centrado en el paciente y considerar la presentación del dolor, el juicio clínico y los riesgos y beneficios del tratamiento, incluyendo los potenciales riesgos de dependencia, adicción y abuso.

### 5.5.2 EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Para poder tratar el dolor adecuadamente, es necesario evaluarlo correctamente. Si bien el dolor es una experiencia subjetiva, las escalas de evaluación del dolor son válidas y confiables cuando se utilizan apropiadamente.

Las escalas de evaluación más frecuentemente utilizadas son: la Escala de evaluación numérica que consiste en solicitarle al paciente que diga, de una escala del 1 al 10, cuánto dolor tiene, otra es la Escala de descriptores verbales, que evalúa el dolor desde el descriptor “sin dolor” al descriptor “el peor dolor imaginable” y las escalas visual análogas, que muestra al paciente una lámina con imágenes de una persona con distintos niveles de dolor.

Existen numerosas escalas validadas, pero es muy importante escoger los instrumentos apropiados para los diferentes tipos de pacientes, es decir, pediátricos, adultos, adultos mayores y personas con problemas cognitivos.

Además, es importante que la escala escogida sea aplicable al SU. Otro elemento de calidad es utilizar estas mismas herramientas para el seguimiento y evaluación de la terapia analgésica que se utilice, asegurándose una efectiva intervención.

Particularmente en los adultos mayores deben considerarse las barreras o dificultades en la correcta evaluación del dolor. Así, los ancianos con demencia, delirium o hipoacusia, no pueden comprender las preguntas y manifestar adecuadamente su dolor. Por esto, muchas veces quienes aportan los antecedentes son familiares o cuidadores quienes evidentemente no pueden dimensionar correctamente los síntomas del enfermo. Por lo anterior, se debe buscar la fuente dolorosa con un examen físico acucioso.

### 5.5.3 MANEJO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

El tratamiento del dolor puede abordarse desde diferentes puntos dentro de su fisiopatología. Es importante que el tratante sepa dónde y cómo actúan los medicamentos que van a prescribir, para intentar hacer un enfoque multimodal del manejo del dolor y evitar los efectos adversos y contraindicaciones de los mismos.

Esto significa que, si por ejemplo, un paciente se presenta al SU con dolor 8/10 originado por un síndrome de dolor lumbar típico, el paciente requerirá, si así lo desea, analgesia endovenosa y más de un medicamento.

Esta combinación de medicamentos debe atacar diferentes vías del dolor, combinando por ejemplo analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos (AINES), opioides y paracetamol. Tratante de este paciente no debería en ningún caso combinar 2 AINES pues esto sólo aumentaría los riesgos de obtener efectos adversos, sin mejorar los efectos analgésicos de los fármacos que está utilizando. Asimismo, el tratante debería intentar obtener efectos sinérgicos de los fármacos que utiliza, como por ejemplo en la combinación de paracetamol con opioides.

Una intervención de alto impacto para el correcto uso de estos medicamentos ha sido la incorporación de farmacólogos clínicos dentro del personal de urgencia. Estos profesionales orientan, supervisan y realizan seguimiento de las prescripciones, tanto en la unidad de urgencia como las indicaciones al alta. Entre

sus funciones se encuentran cooperar con el equipo realizando análisis farmacocinético de pacientes especiales para el ajuste de sus dosis o determinar la presencia de problemas asociados a la medicación como alergias cruzadas, interacciones farmacológicas, contraindicaciones, entre otros. Finalmente llevan el registro de los errores de prescripción y técnica de administración. Se ha demostrado que todas estas intervenciones pueden reducir los errores de medicación general, hasta en un 80%, que finalmente impactan en los costos para las instituciones y para el paciente.

Otro punto importante del manejo del dolor es el alivio de los síntomas concomitantes como por ejemplo, la ansiedad, las náuseas y la disnea, dado que sin el manejo de los mismos no se obtendrá el alivio del sufrimiento del paciente. Existen numerosos fármacos que se pueden asociar a los analgésicos para el manejo de éstos como benzodiazepinas, antieméticos, antiespasmódicos, así como el uso otras técnicas, por ejemplo, uso de ventilación mecánica no invasiva, en los casos más extremos.

#### 5.5.4 ESCENARIOS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Al personal que trabaja en un servicio de urgencia pueden resultarle útil los aspectos particulares y los esquemas terapéuticos prácticos en los escenarios de presentación frecuente. Signos de alerta, terapia específica, ni criterios de hospitalización, entre otros. Sólo se hacen recomendaciones relativas a las estrategias analgésicas para cada escenario y es el clínico quien debe determinar su aplicabilidad y seguridad para cada paciente en particular.

## 5.6 MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

Hay distintos fármacos y tratamientos para el alivio del dolor, su manejo depende de la causa y magnitud del dolor. Para administrar un tratamiento analgésico es de vital importancia evaluar el dolor con exactitud y decidir cuáles son las medidas terapéuticas y vía de administración más adecuadas, además de evaluar sus posibles efectos.

### 5.6.1 TIPOS DE FÁRMACOS ANALGÉSICOS

Los planes, las modalidades de técnicas analgésicas, los fármacos y las dosis, las elegiremos según el caso a tratar y la disponibilidad de la institución prestadora de salud.

En todo centro hospitalario se debe de disponer de los tres grandes grupos de fármacos:

#### **LOS OPIOIDES**

Siendo los mas utilizados la morfina y el fentanyl (opioides mayores), el tramadol y la petidina o demerol (opioides menores), todos con buenos efectos analgésicos pero con gran número de efectos adversos.

#### **LOS AINE**

Analgésicos anti inflamatorios no esteroideos así como los antipiréticos, disminuyen la síntesis de prostaglandinas y la inflamación periférica al inhibir en forma específica la COX-1 y la COX-2. Son de gran utilidad y sin riesgo de daño renal cuando son usados en dosis adecuadas en pacientes adultos con función renal normal<sup>9</sup>. Los selectivos inhibidores de la COX-2, que son menos gastrolesivos y de menor riesgo de sangrado digestivo<sup>5</sup>, disminuiría el consumo de opioides.

El grupo de estudio del dolor pos operatorio, recomienda el uso de la asociación de opioides y Aine inhibidores de la COX-2 al inicio y luego asociarlos con acetaminfen sólo o asociado a opioides suaves.

## **LOS ANESTÉSICOS LOCALES**

Impiden la transmisión de la conducción nerviosa, siendo los más utilizados la bupivacaina, ropivacaina y últimamente la chirocaina (isomero levógiro de la bupivacaina). Algunas opciones analgésicas para el pos quirúrgico (sobre la base de dolor agudo de intensidad severa o a moderada en las primeras 72 horas pos quirúrgicas), favorecerían ayudando a la recuperación más precozmente.

### **5.7 MANEJO DEL DOLOR NO FARMACOLÓGICO**

Las terapias no farmacológicas son importantes en el tratamiento del dolor. Son técnicas que permiten el alivio del dolor sin la necesidad de usar medicamentos. El empleo de este tipo de métodos depende de cada paciente, de su cultura, su visión de la vida, sus costumbres y creencias, etc.

Existe una gran variedad de terapias y tratamientos no farmacológicos que se pueden usar. Los más comunes son:

#### **5.7.1 FISIOTERAPIA EN EL ALIVIO DEL DOLOR**

La fisioterapia es una disciplina sanitaria que ofrece una alternativa terapéutica no farmacológica para paliar síntomas de múltiples dolencias, tanto agudas como crónicas, por medio del ejercicio terapéutico o la aplicación de calor, frío, luz, agua o con técnicas manuales como el masaje.

Según la Confederación Mundial para la Fisioterapia, la fisioterapia tiene como objetivo facilitar el desarrollo, mantenimiento y recuperación de la máxima funcionalidad y movilidad del individuo a través de su vida.

Los problemas que más a menudo llevan a los pacientes a la consulta son: 56%, dolor de espalda; 22%, dolores varios del sistema músculo esquelético; 20%, estrés y otros problemas psicosociales.

La fisioterapia es ampliamente requerida para el tratamiento de procesos sin un tratamiento médico definitivo y que cursan con dolor. Se caracteriza por buscar el desarrollo adecuado de las funciones que producen los sistemas del cuerpo, donde su buen o mal funcionamiento repercute en la cinética o movimiento corporal humano. Interviene, mediante el empleo de técnicas científicamente demostradas, cuando el ser humano ha perdido o se encuentra en riesgo de perder, o alterar de forma temporal o permanente, el adecuado movimiento, y con ello las funciones físicas. Sin olvidarnos del papel fundamental que tiene la fisioterapia en el ámbito de la prevención para el óptimo estado general de salud.

#### 5.7.2 MASAJE

El masaje se describe como la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo, más efectiva cuando es realizada con las manos, se administra con

El fin de provocar efectos sobre los sistemas nervioso y muscular y, además, sobre la circulación local y general de la sangre y la linfa. Las técnicas suaves de masaje (effleurage, petrissage y stroking) relajan la tensión y el espasmo muscular y estimulan la circulación, lo que además puede contribuir al éxito de otras terapias del dolor.

El masaje profundo (fricciones, golpeteos, amasamientos) pueden romper el dolor de los puntos trigger y producir una hiperemia significativa con descarga de



histamina en el interior de los tejidos. Es agradable, alivia y relaja. Posiblemente como resultado se observa un aumento en los niveles de endorfina.

El efecto que tiene el masaje sobre las terminaciones nerviosas es el de aumentar notablemente su excitabilidad y su facilidad de conducción. El masaje continuo, practicado sobre un tronco nervioso sensitivo ejerce una acción anestésica al aumentar el umbral de la sensibilidad dolorosa.

#### 5.7.2.1 ESTIMULACIÓN VIBRATORIA

Presión repetitiva sobre una zona dolorosa a través de una superficie almohadada. Causa entumecimiento, parestesia y/o anestesia. La inhibición de la transmisión se produce según la teoría de la puerta de entrada. Se obtiene un alivio del dolor durante más de seis horas, tiempo que puede ser prolongado si aplicamos estimulación vibratoria y TENS, el resultado será un mayor efecto debido a la acción sumada de ambos tratamientos.

#### 5.7.2.2 MOVILIZACIONES ARTICULARES

Las técnicas de movilización articular sirven para dinamizar las articulaciones (vertebrales y periféricas) hasta posiciones a las que el paciente no podría llegar por sí sólo, pero que son críticas para una movilidad normal y un funcionamiento indoloro. Las movilizaciones también pretenden estimular los aferentes sensitivos que reducen la sensación dolorosa por mecanismos neurológicos normales.

#### 5.7.3 RELAJACIÓN

El término relajación significa aflojar, distraer (la atención de uno mismo) para estar menos tenso. La relajación es una técnica que va dirigida a cambiar actitudes y comportamientos aprendidos en relación al dolor crónico, o sea, intenta cambiar la propia experiencia subjetiva respecto a la sensación de dolor. Puede ser inducida de muchas maneras, tales como relajación muscular progresiva, imaginación dirigida, entrenamiento disciplinario, biofeedback y autohipnosis.

#### 5.7.4 ACUPUNTURA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Las investigaciones han demostrado que la acupuntura puede aliviar el dolor. Los investigadores no comprenden en su totalidad el efecto de la acupuntura pero se cree que podría ayudar a la actividad de los químicos que alivian el dolor del cuerpo. También podría afectar la manera en la que se liberan las sustancias químicas que regulan la presión arterial y el flujo de la sangre.

La acupuntura, el electro-acupuntura y otras técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor son procedimientos de raíces milenarias, que derivan de la medicina tradicional china. Los métodos que habitualmente se emplean hoy en día bajo el término “acupuntura” son múltiples y podemos encontrarlos descritos como:

- ✓ **Acupuntura:** empleo de agujas metálicas sobre puntos especiales de la piel.
- ✓ **Terapia de puntos gatillo:** infiltración muy superficial de puntos reactivos de la piel.
- ✓ **Electro-acupuntura:** aplicación de corrientes eléctricas especiales sobre agujas de acupuntura.
- ✓ **Auriculoterapia:** estimulación de puntos reflejo del pabellón auricular.

Hoy en día la OMS promueve el desarrollo de la acupuntura, tanto a nivel práctico, como de investigación. Los fundamentos de la acupuntura tradicional están basados en una paleo medicina que se ha mantenido a lo largo de siglos, por la constancia de sus efectos. Las teorías de la medicina china son anteriores a la existencia del método científico y, por lo tanto, sus métodos proceden de la observación y son empíricos. Según estas teorías, el elemento principal de nuestra actividad física es el llamado *Qi* (energía), un elemento no visible, próximo a nuestro sentido occidental de “fuerza vital”. El *Qi* recorre todo el organismo a través de unos “canales” que, como no son visibles, se denominan también “meridianos”.

Las agujas metálicas se insertan en puntos especiales de la piel, que corresponden a los llamados canales o meridianos, por donde circula la sangre y la energía. La acupuntura emplea agujas metálicas muy finas y pulidas, de diferentes longitudes y calibres dependiendo de la zona que haya que punturar. Son estériles y desechables. Las medidas varían desde media pulgada, hasta 8 y 10 pulgadas. Lo normal es manejar agujas de entre 1 a 3 pulgadas.

En una sesión normal, se suelen emplear de 10 a 12 agujas. Tras la inserción, que es prácticamente indolora, se procede a la manipulación acupuntural, que básicamente son movimientos de vaivén y rotación, hasta que los tejidos impiden seguir rotando. Estos movimientos buscan provocar la llamada “sensación acupuntural”, también llamada Deqi. Tras la obtención de esta sensación, se realizan maniobras repetidas sobre las agujas o bien se estimulan eléctricamente o se calientan con una técnica denominada moxibustión.

### 5.7.5 MINDFULNESS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

El mindfulness como concepto psicológico es la concentración de la atención y la conciencia, basado en el concepto de mindfulness o conciencia plena de la meditación budista.

El mindfulness, de raíces milenarias, está alcanzando mucha popularidad en los últimos años. La aplicación de esta terapia en dolor crónico comenzó en los años 80. El modelo de tratamiento fue conocido como mindfulness, basado en la reducción del estrés, y ha sido incorporado paulatinamente a las intervenciones en dolor crónico.

El mindfulness (o atención plena) puede considerarse una filosofía de vida que incluye la práctica de la meditación, entendiendo la meditación como una actividad intelectual en la que se busca lograr un estado de atención centralizada en un pensamiento o sentimiento (felicidad, tranquilidad, armonía), un objeto (una piedra), la concentración propiamente dicha, o algún elemento de la percepción (los latidos del corazón, la respiración, el calor corporal, etc.). Este estado se recrea en el momento presente y pretende liberar la mente de pensamientos nocivos.

Practicar mindfulness significa creer que eso va servir para mejorar la calidad de vida en ciertos aspectos, pero no implica necesariamente creencias religiosas o espirituales. Es por eso que con frecuencia se utiliza el término Mindfulness para hablar sobre una especie de meditación basada en los principios de la ciencia. Una

versión sistematizada y “aconfesional” de la meditación, capaz de ser moldeada por los descubrimientos científicos.

Una investigación publicada en la revista Journal of Internal Medicine reveló que practicar media hora de mindfulness diaria alivia los síntomas de trastornos como la depresión o la ansiedad. Además, descubrieron que la meditación centrada (procedente de la práctica budista de concentración en el presente y ausencia de juicios de valor) podía tener efectos positivos en la percepción del dolor. Los resultados fueron validados incluso controlando el efecto placebo. Se reportó que el incremento del bienestar perduró hasta medio año.

Se busca desarrollar la habilidad para estar conectado de modo flexible con lo que está pasando en el presente. Para que la conexión se produzca, el sujeto debe tener una actitud de aceptación de los contenidos mentales negativos asociados al dolor, con lo cual se espera minimizar las respuestas automáticas de afrontamiento.

La práctica de la atención plena permite a la persona percatarse de que sus pensamientos y sentimientos son transitorios, siempre cambiantes y frecuentemente orientados ya sea al pasado (recuerdos negativos) o al futuro (preocupaciones), con el grado de estrés que eso involucra. El reenfocarse en la experiencia inmediata es lo que facilita contactarse con la calma del presente, sin quedar atrapados en pensamientos y sentimientos negativos. De esta forma se puede reducir el componente afectivo-cognitivo que amplifica la experiencia del dolor.

Los métodos del mindfulness incluyen:

- Meditación basada en la respiración
- Meditación basada en el cuerpo (escáner corporal)
- Caminar basado en la meditación

De forma complementaria se usan ejercicios de yoga para mejorar la conciencia del cuerpo, la resistencia y flexibilidad corporal.

El programa de mindfulness basado en la reducción del estrés, tiene un formato grupal y se realiza en ocho sesiones de dos horas cada una. Este programa se cierra con una sesión de día completo intensiva.

En la actualidad se dispone de la información de metaanálisis respecto a la efectividad de las terapias basadas en mindfulness para dolor crónico, siendo sus resultados generalmente favorables. Estos estudios señalan que este tipo de intervención disminuye los síntomas de dolor, el estrés emocional y las visitas a servicios de salud primario.

## 5.8 SATISFACCIÓN CON EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

El adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica y de calidad asistencial que influye en la satisfacción del paciente. Este aspecto se considera relevante, sobre todo por la tendencia nacional e internacional de contar con hospitales libres de dolor que contribuyan a la satisfacción del cliente.

Lograr la ausencia de dolor en los pacientes se ha vuelto una necesidad, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como una experiencia sensorial y emocional displacentera, que se encuentra asociada a daño tisular, ya sea real o potencial. Si bien se requiere un manejo adecuado en todos los pacientes que cursan con dolor, se considera relevante por sus altas prevalencias el dolor agudo de tipo posoperatorio, el cual se presenta en el paciente como respuesta a una lesión quirúrgica.

En cuanto a la satisfacción del paciente con el manejo del dolor, algunos estudios reportan altos porcentajes de satisfacción a pesar de la presencia de dolor de intensidad de moderada a severa. Sin embargo, otros estudios reportan insatisfacción, y esto lo atribuyen al tiempo de espera para recibir la medicación, así como a la deficiente información recibida para el manejo del dolor posoperatorio sobre los efectos secundarios de los analgésicos y las alternativas para calmar el dolor.

La intensidad y duración del dolor se asocian con características individuales, así como las relacionadas con el tratamiento farmacológico que se brinda en las instituciones. Respecto a las características individuales se pueden señalar la edad y el género. En algunos estudios se reportan diferencias en la percepción del dolor de acuerdo con estas características; sin embargo, los hallazgos no son conclusivos.

El alivio del dolor es un reto que requiere de la participación de todo el equipo multidisciplinario involucrado en la atención. Existe evidencia de que un adecuado alivio del dolor no solo aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes, sino que además contribuye a disminuir la morbilidad posoperatoria y, en algunos casos, reduce la estancia hospitalaria. El alivio del dolor depende de su manejo por los profesionales de salud, donde enfermería juega un rol fundamental en su valoración, manejo de la medicación y educación al paciente.

Proporcionar un manejo farmacológico y educar al paciente al respecto, también es elemental evaluar la respuesta en la disminución o eliminación del dolor. Una herramienta de utilidad para determinar si el manejo es el adecuado y está contribuyendo satisfactoriamente al alivio del dolor es el índice de manejo del dolor (IMD), este se establece a través de la relación entre el analgésico indicado de mayor potencia menos la intensidad del dolor durante las últimas 24 horas.

La satisfacción del paciente es considerada un indicador confiable y válido de la calidad de la atención. Se encontró que la satisfacción del paciente con el manejo del dolor posoperatorio se ve afectada por la intensidad del mismo, específicamente por el máximo dolor que percibe el paciente y por la orientación que se proporciona para su manejo, resultado que confirma los planteamientos teóricos que sustentan el estudio.

## **6. CLÍNICAS DEL DOLOR**

### **6.1 ¿QUÉ SON?**

El dolor es un problema frecuente en la sociedad, se produce por diversos mecanismos biológicos, los cuales afectan el equilibrio fisiológico, funcional, emocional, social y económico de los individuos que lo padecen. Debido a que el reporte del dolor solo puede ser obtenido de quien lo sufre y a la complejidad de los mecanismos que lo producen, surgieron en el mundo especialistas en medicina dedicadas a su estudio y tratamiento, los cuales introdujeron el concepto hoy conocido como clínicas del dolor. Estos establecimientos poseen características específicas normadas internacionalmente, las cuales favorecen el abordaje terapéutico integral e interdisciplinario de los pacientes. Por lo tanto, en estos sitios el paciente puede encontrar ayuda especializada para el manejo de su dolor.

Las unidades o clínicas del Dolor surgieron hace aproximadamente 20 años para poder tratar el síntoma dolor de una forma más específica, como una entidad propia y no como algo acompañante a una patología.

### **6.2 APARICIÓN DE LAS CLÍNICAS DEL DOLOR**

Debido a la prevalencia del dolor, la complejidad de los mecanismos que lo producen, así como a la dificultad que representa su correcta identificación, caracterización y tratamiento, es necesario contar con especialistas en medicina que sean capaces de controlar esta entidad. Es así como surgen grupos de médicos en todo el mundo con el propósito de iniciar la lucha contra el dolor.

### 6.3 ¿CÓMO SURGEN LAS CLÍNICAS DEL DOLOR EN EL MUNDO?

Como se ha mencionado anteriormente, el dolor es un síntoma frecuentemente observado en la población mexicana y en la actualidad, es considerado un problema de salud pública

Aunado a ello, en ocasiones el diagnóstico y tratamiento del dolor representan un reto para el clínico. Con base en esas consideraciones, diversos grupos médicos en todo el mundo, consideraron la necesidad de formar especialistas en medicina, capaces de controlar el dolor eficientemente. Siendo así, como surgen las clínicas del dolor.

Las clínicas surgen como resultado de la inquietud y necesidad de los médicos para tratar esta patología. Los esfuerzos tendientes a lograr este objetivo inician durante la primera mitad del siglo XX con un médico estadounidense de nombre John J. Bonica, quien se interesó por abordar en el estudio del dolor. Este pensamiento revolucionario sobre el abordaje multidisciplinario del dolor lo condujo a la creación de la primera clínica del dolor en 1946. Otra de las primeras clínicas del dolor en la Unión Americana, fue la fundada por el Dr. Duncan Alexander en 1947; la cual se encontraba, en el «Veteran's Administration Hospital» de la ciudad de McKinney (Texas, EUA) La creación de estas clínicas del dolor promovió el surgimiento de muchas más a lo largo de la Unión Americana. No obstante, lo anterior al Dr. Bonica no le fue suficiente que diversos grupos siguieran sus pasos, por lo que en 1974 fundó la primera organización enfocada al estudio y tratamiento del dolor (IASP) y promovió mundialmente la educación especializada de los medios que pretendieron dedicarse a este campo.

### 6.4 ¿CÓMO SURGEN LAS CLÍNICAS DEL DOLOR EN MÉXICO?

En nuestro país, las principales causas de morbimortalidad se encuentran asociadas a la presencia de dolor. Entre las principales causas de mortalidad de la población mexicana destacan: (a) las enfermedades del corazón, (b) la diabetes mellitus, (c) el cáncer y (d) los accidentes. En México carecemos de estudios de



corte epidemiológico, tendientes a estimar la frecuencia y prevalencia del dolor crónico; sin embargo, se estima que esta manifestación del dolor, afecta al 15% de la población general. Debido a que el dolor es un síntoma frecuentemente observado en la población mexicana y en la actualidad es considerado un problema de salud pública, en la década de los 70's diversos médicos mexicanos se dieron a la tarea de consolidar clínicas del dolor. Estos centros actualmente se encuentran distribuidos en el territorio nacional y son formadores de especialistas en el manejo del dolor. Para lograr sus objetivos, las clínicas del dolor cuentan con el apoyo de enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y de diversos especialistas.

En nuestro país, la lucha contra el dolor inicia con el Dr. Vicente García Olivera, quien en 1953, adquirió sus conocimientos en este campo, bajo la tutela del Dr. Alexander. A su regreso a México, el Dr. Olivera logró transmitir sus enseñanzas y su visión del manejo del dolor a un grupo de médicos interesados en esta área. El resultado de esta labor, y de sus invaluable consejos, se cristalizan con la fundación de la primera clínica del dolor en nuestro país en junio de 1972.

Este primer centro de atención en dolor se instaló en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y fue consolidado por el Dr. Ramón De Lille Fuentes y por el Dr. García Olivera. Dicho proyecto, contó con el apoyo de Dr. Javier Ramírez Acosta, que en aquel entonces, era el jefe del Departamento de Anestesiología del Instituto.

Posteriormente en el año de 1976, el Dr. García Olivera y un grupo de médicos encabezados por el Dr. Miguel Herrera Barroso, fundaron la clínica del dolor del Hospital General de México (HGM). Este proyecto, fue apoyado por el Dr. Francisco Higuera Ballesteros, quien en ese entonces, era director de dicha institución. La década de los ochenta, alimentó el entusiasmo de los médicos mexicanos, quienes logran consolidar diversas clínicas del dolor en el territorio nacional:

- El Dr. Ricardo Plancarte fundó en 1984 la del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN).
- En 1986, el Dr. Óscar G. Sierra Álvarez instituyó la del Hospital Civil «Fray Antonio Alcalde» de Guadalajara, Jalisco.

(c) El Dr. Jorge Jiménez Tornero en 1988 estableció las clínicas del Centro Médico de Occidente y del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara.

(d) En ese mismo año el Dr. Enrique Olivares Durán consolidó la del Hospital Civil de León, Guanajuato y

(e) también en ese año, el Dr. Juan Romero Romo hizo lo propio en la ciudad de Querétaro.

En 1988, gracias al apoyo de la Organización Mundial de la Salud y con la asistencia de la Organización Panamericana de la Salud, se recibió en México el primer embarque de morfina; aplicándose la primera dosis de este fármaco en el INCAN y estableciéndose en 1990, una Política Nacional sobre el Alivio del Dolor por Cáncer. Con esta acción, se creó la Norma Técnica para la Clínica del Dolor en Cáncer en la República Mexicana y se destinó como sitio coordinador al INCAN. En Octubre de 1992, la Clínica del Dolor del HGM fue considerada «Centro Nacional de Capacitación en Clínica y Terapia del Dolor» y mediante el apoyo de la Secretaría de Salud, consolidó la fundación de doce clínicas del dolor en el territorio nacional

A partir de entonces, se crearon nuevos centros para el alivio del dolor, entre éstos se encuentran (mas no se limitan) a los siguientes:

a) Hospital General «Dr. Rafael Pascassio Gamboa» de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en 1993 (Dr. Delfino Méndez Hernández).

b) Hospital Universitario de Nuevo León en 1993 (Dra. Gloria Alcorta).

c) Hospital Infantil de México «Dr. Federico Gómez» del Distrito Federal en 1996 (Dra. Sonia Hernández Hernández),

d) Hospital Regional «Dr. Manuel Vega» del ISSSTE en el estado de Sinaloa en 1997 (Dr. Salvador Cervín Serrano)

e) Instituto Paliativo de Guadalajara, Jalisco en el 2000 (Dr. Guillermo Aréchiga Ornelas).

f) Hospital General «Dr. Manuel Gea González» del Distrito Federal en el 2000 (Dra. Magdalena Salado Ávila).

g) Hospital General de Culiacán «Dr. Bernardo J. Gastellum» en el estado de Sinaloa en el 2004 (Dr. José A. Betancourt Sandoval).

h) Hospital General del Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado de Chiapas en el 2007 (Dr. José A. Córdova Domínguez).

i) Instituto Nacional de Rehabilitación del Distrito Federal en 2007 (Dra. Guadalupe Zaragoza Lemus).

j) Entre muchas otras que se han sumado al esfuerzo nacional para proporcionarle alivio al dolor de los mexicanos.

## 6.5 FUNCIÓN DE LAS CLÍNICAS DEL DOLOR

De acuerdo a la definición propuesta por la IASP, una clínica del dolor es servicio hospitalario que se enfoca al diagnóstico y manejo de pacientes con dolor crónico. Su misión es la de brindar alivio no solamente del dolor, sino también de síntomas que se asocian a éste o a su terapéutica. Para lograrlo, proporciona una atención integral que mejorará la calidad de vida del paciente, cubriendo sus principales necesidades como un ser bio-pisco-social.

Entre sus funciones principales se encuentran:

- Colaborar para que el enfermo con dolor crónico pueda tener una mejor calidad de vida.
- Considerar el dolor como un síntoma o una enfermedad, es importante la evaluación completa del estado de salud del paciente e identificar si el dolor puede ser clasificado en solo un síntoma para él o si se trata de una patología que debe tratarse como tal.
- Ayudar al diagnóstico de diversas enfermedades que estén causando dolor como síntoma principal. Un diagnóstico correcto y oportuno permite la

administración rápida de un tratamiento y por lo tanto la inhibición de los síntomas, entre ellos el dolor.

- Servir de centro de información a colegas. Brindar la información y asesoramiento necesarios a otros especialistas que estén interesados en el tema, el tratamiento y alivio del dolor.
- Desarrollar un programa de información pública o privada de las diferentes alternativas del dolor crónico.
- Evaluar los datos recogidos de otras Unidades Clínicas, sobre la eficacia de los diferentes métodos para aliviar el dolor para corroborar la eficacia de dichos métodos y poder implementarlas en otras clínicas del dolor existentes.
- Practicar o efectuar pruebas diagnósticas, analgesia para biopsias, arteriografías, etc.
- Activar la asistencia sanitaria a domicilio dentro del plan de acción sanitaria. Esto permite una atención integral y cumplir uno de los principales objetivos de las clínicas del dolor: brindar atención integral de calidad que permita el alivio del dolor crónico.
- Evaluar el consumo de analgésicos y el control de efectos secundarios, es de suma importancia para evitar más sufrimiento en el paciente.
- Mejorar la imagen del Hospital o del Centro respecto al Usuario.

## 6.6 ESPECIALISTAS EN EL DOLOR

La ciencia que estudia al dolor se denomina algología o algilogía (αλγιοσ: dolor, λογος: estudio o tratado). Por ello, al grupo de médicos que se dedica al estudio del dolor, se les denomina algólogos o algiólogos. No obstante a las controversias referentes a estas denominaciones, posiblemente los términos algilogía y algiólogo, sean los más apegados a estas raíces etimológicas.

En nuestro país la Algología o Algilogía es un postgrado para médicos especialistas en Anestesiología, los cuales se encargan de atender a aquellas personas que sufren cualquier enfermedad capaz de producir dolor, tanto agudo

como crónico; y a quienes, no obstante la prescripción de múltiples manejos médicos, no consiguen el control óptimo del dolor, sin importar que estos pacientes se encuentren hospitalizados o en el consultorio.

#### 6.6.1 FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL DOLOR

La formación de algólogos encuentra su cauce a principios de la década de los 50, ya que movido por la necesidad de promover una educación especializada a aquellos médicos interesados en el diagnóstico y alivio del dolor, el Dr. John J. Bonica publica en 1953, la obra que lleva por título: «The management of pain». Este documento, provee información de actualidad y adelantada a su época, acerca de los mecanismos generadores del dolor, el diagnóstico de los diversos síndromes dolorosos e introdujo propuestas terapéuticas innovadoras

Con la publicación de esta obra, el Departamento de Anestesiología del «Tacoma General Hospital» (y del cual el Dr. Bonica era director) fue reconocido en ese país como centro de excelencia para la educación, investigación y atención de pacientes en el área de anestesiología.

A la par, el Programa de Clínica del Dolor (fundado por el Dr. Bonica) del mismo hospital, fue considerado como centro de referencia nacional para pacientes con dolor «intratable». Para inicios de la década de los 60, el Dr. Bonica y sus asociados, habían capacitado a 140 anestesiólogos dentro y fuera de la Unión Americana.

En el «Veteran's Administration Hospital» de la ciudad de McKinney (Texas, EUA), el Dr. Duncan Alexander (1952) impartía un curso teórico-práctico acerca del diagnóstico y tratamiento del dolor con duración de tres meses.

En México, la formación de médicos especialistas en materia de dolor, se origina en 1979, mediante la enseñanza tutelar que el Dr. Vicente García Olivera proporcionaba en el HGM a los médicos anestesiólogos interesados en aprender acerca de este tema.

La clínica del dolor del INCMNSZ inició en marzo de 1984, el «Curso Tutorial en Clínica del Dolor» con una duración de seis meses. Sin embargo, debido a la complejidad de la temática y a la experiencia clínica requerida, este programa se extendió a 12 meses de duración. En 1986, la clínica del dolor del INCAN, solicitó la inclusión de sus alumnos al curso del INCMNSZ; con esta acción, se conformó el «Curso Monográfico Interinstitucional en Clínica del Dolor». Este Curso tenía una duración de 12 meses y se continuó impartiendo hasta 1998. En 1992 el HGM es designado por la Secretaría de Salud como «Centro Nacional de Capacitación en Clínica y Terapia del Dolor». En 1996, el Hospital General de Guadalajara inició un curso similar al impartido en el INCMNSZ-INCAN y el cual contó con reconocimiento de la Universidad Autónoma de Guadalajara. En 1998 inició un Curso con reconocimiento universitario (UNAM), mismo que fue elaborado de forma consensuada con las autoridades universitarias y académicos de las clínicas del dolor del INCMNSZ, del INCAN y del HGM. Este curso universitario actualmente cuenta con las siguientes características: (a) tiene un año de duración, (b) se encuentra comprendido en los «Cursos de Postgrado para Médicos Especialistas» (CPME) y (c) cuenta con el aval de la máxima casa de estudios. Actualmente, el CPME en Algología (Clínica del Dolor) de la UNAM, cuenta con sedes en el INCMNSZ, INCAN, HGM, CMN 20 de Noviembre del ISSSTE y el Hospital «Manuel Gea González» de la Secretaría de Salud.

Los egresados de este Curso Universitario, son médicos especialistas en anestesiología; que además, han recibido una instrucción especializada en dolor y han sido evaluados por especialistas en materia de dolor. Por ello, la formación de los algólogos mexicanos está a la par de los programas mundiales referentes a la enseñanza del dolor.

## 6.7 TIPOS DE CLÍNICAS DEL DOLOR

Lo primero que se necesita para poner en marcha una clínica del Dolor es el personal especializado y un local de trabajo adecuado (consultorios, sala de bloqueos/infiltraciones con monitorización y control de enfermería y posibilidad de

quirófanos con técnicas de escopia o radiología). De todas maneras las necesidades irán en función del tipo de Clínica del Dolor de que se disponga.

El Comité de Terapéutica del Dolor de la Sociedad Americana de Anestesiología clasifica a las clínicas del Dolor como:

1.- Modalidad Terapéutica: Ofrecen algún tratamiento en concreto.

Estas clínicas basan su tratamiento en diversas técnicas además de los fármacos utilizados, estas técnicas pueden ser: técnica de bloqueo selectivo, técnicas de estimulación de cordones posteriores, estimulación transcutánea, radiofrecuencia pulsada de diferentes nervios, técnica de neuromodulación, tratamiento homeopático, laserterapia, acupuntura, etc.

2.- Síndromicas: Dedicadas al estudio y tratamiento de algún dolor en concreto: lumbalgias, cefaleas, neuralgias.

Estas clínicas centran su atención en la enfermedad que causa como principal síntoma el dolor crónico en alguna parte del cuerpo como se menciona anteriormente.

3.- Unidades Unidisciplinarias o Multidisciplinarias, dependiendo de si la unidad posee uno o varios especialistas. Ofrecen todo tipo de evaluación y/o tratamiento de cualquier tipo de dolor.

Estas unidades del dolor cuentan con un equipo de especialistas con un objetivo en común, diagnosticar y tratar de manera integral el dolor como una patología o la enfermedad que esté causando este síntoma.

Entre los especialistas se pueden encontrar:

- Fisiatras. Estos médicos se especializan en medicina física y rehabilitación. A menudo coordinan un equipo para el tratamiento del dolor crónico.

El médico fisiatra coordina al equipo de rehabilitación, ayuda al paciente a una capacitación más integral. Este se ocupa de la restauración de las capacidades perdidas a causa de una enfermedad, trastorno o lesión.

Se dedican a diversos trastornos musculo esqueléticos (de los músculos y los huesos), cardiovasculares (del corazón y los vasos sanguíneos), pulmonares (de los pulmones y la respiración) y neurológicos (del sistema nervioso), incluidas las condiciones como la artritis, el dolor de espalda, las lesiones laborales y deportivas y las lesiones cerebrales o de la médula espinal. El Fisiatra actúa a nivel de enfermedades en fase aguda, crónica y secuelar, tratando y evitando complicaciones a nivel del aparato musculo esquelético y visceral, fundamentalmente aquellos derivados del síndrome de inmovilización y procesos deformantes musculo esqueléticos.

- Psicólogos o consejeros. Enseñan técnicas cognitivo-conductuales para manejar el dolor, la ansiedad y la depresión.

La psicología aporta al tratamiento del dolor crónico, tratando de integrarlos de un modo efectivo para que los aplique un solo profesional dentro de la Unidad del dolor. Como herramientas de evaluación se recurre a la entrevista no estructurada, pero orientada con un guión que aborde aspectos psicológicos del propio dolor y de la vida con dolor. El proceso de evaluación es siempre individual y pretende ampliar la información ya recogida por los médicos.

La intervención propuesta se basa en diversas técnicas de aplicación grupal, combinando en cada paciente aquellas que se muestren útiles para aumentar su funcionalidad y autonomía. Dichas técnicas son: relajación muscular progresiva, técnicas de respiración, técnicas cognitivas (transformación imaginativa del dolor y del contexto, desviación por medio del pensamiento y de estímulos externos y somatización).

El programa resultante aborda los aspectos psicológicos del dolor más estudiados, y aplica intervenciones de actividad contrastada al máximo de pacientes abarcables por un solo profesional.

- Fisioterapeutas. Enseñan ejercicios para mejorar y mantener la fuerza, el funcionamiento y la movilidad.

Los Fisioterapeutas se sirven de su conocimiento de la anatomía humana y de herramientas especiales (barras, pelotas y máquinas para hacer ejercicios) para



crear series de repeticiones de movimientos destinados a aliviar el dolor o la restricción de la movilidad causada por enfermedades o lesiones.

La Fisioterapia tiene subcategorías que varían según el origen de la lesión y el tratamiento requerido, entre ellas, se destacan: la Fisioterapia deportiva, ortopédica, cardiovascular, pulmonar, geriátrica, pediátrica, acuática, entre otras. En el caso de aquellos Fisioterapeutas especializados, es común que trabajen en un entorno cercano al de sus pacientes, tales como centros deportivos y casas de retiro. Asimismo, un gran número de estos profesionales optan por trabajar de manera independiente o autónoma.

- Médicos que recetan analgésicos (medicamentos para el dolor) y que están capacitados en el uso de medios y procedimientos para el manejo del dolor. Estos médicos incluyen neurólogos, anestesistas, fisiatras o especialistas en medicina física, internistas y médicos de medicina familiar.
- Médicos que recetan medicamentos de apoyo para la salud mental. Estos médicos incluyen psiquiatras y médicos de medicina familiar.
- Un equipo de enfermeras con conocimientos científicos y habilidades específicas necesarias para ayudar al paciente. Realiza funciones asistenciales, administrativas, docentes mediante una actitud humanística, ética y de responsabilidad legal.

Cuenta con autoridad para tomar decisiones y profundos conocimientos profesionales en las áreas biológicas, psicosociales y del entorno; y habilidades teórico prácticas en las técnicas específicas y de alta complejidad del ejercicio de la profesión, sustentado en la lógica del método científico profesional de enfermería en el marco del desarrollo científico y tecnológico de las ciencias.

Las Unidades de Dolor son un apoyo en el tratamiento de una población cada vez más envejecida, con más patología asociada y con más dolor crónico refractario a los tratamientos convencionales. Es habitual que el paciente que ha estado tratado con diversos tratamientos médicos sin conseguir disminuir o eliminar su dolor, precise de esta atención.

La diversidad de abordajes que se pueden proporcionar al paciente con dolor incluyen: el manejo farmacológico y no-farmacológico, el intervencionista y la rehabilitación. Por ello, para el manejo del paciente con estas características se requiere de un abordaje especializado. De tal forma que los pacientes y sus familiares deben asesorarse con sus médicos tratantes para ser canalizados a estos centros o con especialistas en esta área, para que en conjunto se mejoren sus condiciones de vida.

## 6.8 CARACTERÍSTICAS DE LOS ENFERMOS QUE ACUDEN A LAS CLÍNICAS DEL DOLOR

En México carecemos de estudios epidemiológicos sobre la frecuencia y prevalencia del dolor crónico. Series internacionales han documentado que el dolor crónico afecta la funcionalidad del individuo, incide en los servicios de salud, es costoso y se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores.

Una estrategia sanitaria que permita la atención óptima de los enfermos requiere la identificación y caracterización del problema de salud que se enfrenta. En el contexto del dolor crónico, su magnitud y posibles repercusiones han sido expuestas; sin embargo, las características de los enfermos que lo padecen han sido poco documentadas. Por ello es necesario generar información acerca de las particularidades de los grupos de pacientes.

Según estudios realizados con anterioridad la edad promedio en que se presenta este problema es desde los 50 años en ambos sexos, con mayor prevalencia en mujeres. En México la enfermedad causante del dolor crónico es en su mayoría el dolor neuropático, el cáncer en menor cantidad presentan dolor somático.

Por lo general el paciente que acude a una clínica del dolor es quien padece de dolor crónico, que no se ha podido aliviar con los tratamientos habituales, generalmente cansado de haber tomado diversos tratamientos, acudido a diferentes hospitales sin obtener ningún beneficio y con un gasto excesivo.

Los síndromes dolorosos más frecuentes son: Lumbalgias/lumbociatálgias u otros tipos de alteraciones osteomusculares (osteoporosis, artrosis severas,

fibromialgias...), neuralgias, dolor por miembro fantasma o post-amputación, síndromes de dolor complejo regional, dolor por un proceso oncológico, dolor por SIDA, etc.

#### 6.8.1 DINÁMICA DE ACTUACIÓN

Ante un paciente con dolor CRÓNICO que acude a una clínica del dolor se deben seguir los siguientes pasos:

- 1.- Historia Clínica detallada valorando tanto física como psíquicamente al paciente
- 2.- Historia del Síntoma Dolor, evaluando el tipo de dolor, tiempo de evolución, intensidad del dolor, síntomas acompañantes, incapacidad que produce el síntoma y los tratamientos efectuados.
- 3.- Exploración del paciente
- 4.- Diagnóstico
- 5.- Tratamiento
- 6.- Seguimiento con visitas más o menos periódicas
- 7.- Resultados, evaluados según:
  - la disminución del dolor
  - la reducción del consumo de fármacos si tomaba muchos
  - la mejora de su actividad diaria
  - la incorporación a sus actividades normales/o de trabajo

#### 6.8.2 HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO

El diagnóstico correcto debe preceder al tratamiento y proporciona la base tanto para la atención individual del paciente, como para la adquisición de experiencia en la evaluación de los resultados del tratamiento en un grupo de pacientes que comparten síntomas o diagnósticos comunes.

Entre las técnicas disponibles para el especialista en dolor, la historia clínica sigue siendo la más importante, a pesar del gran abanico de procedimientos que pueden

utilizarse ahora para facilitar las evaluaciones diagnósticas. Cuanto mayor es el conocimiento y la experiencia de la persona que realiza la historia, más completo y útil será el resultado.

## 6.9 FUNDAMENTACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CLÍNICAS DEL DOLOR

Los equipos involucrados en la atención del dolor deben ser interdisciplinarios, dedicados tiempo completo, con un presupuesto suficiente y adecuado que garantice la continuidad de los programas, para que sus funciones no sean labor comunitaria o de recargo, con el propósito de que las citas de control sean menos distanciadas y más accesibles para los nuevos pacientes. La institución proveedora de la atención de salud está llamada a desempeñar su deber en este sentido, y deben involucrarse en el trabajo de estas clínicas, anestesiólogos capaces de ofrecer diferentes tipos de bloqueos nerviosos y otros métodos cuando se requiera, al resto del equipo de la Clínica del Dolor.

Otro aspecto importante es el planteamiento consciente del tema del dolor y de los métodos de analgesia en las escuelas de Medicina, Odontología, Enfermería, etc., en una forma más detallada y concreta, para que la práctica de los tratamientos del dolor y de los métodos de los cuidados del paciente sea efectiva.

Las clínicas del dolor agudo son la cuna donde nace el conocimiento para ofrecer un mejor trato al paciente, con dolor crónico inclusive, y donde desaparecerá para siempre la frase clásica de la prescripción médica Pro Re Nata "PRN", pues ahí se practican y difunden los diferentes métodos del tratamiento del dolor.

La implementación de clínicas del dolor en los hospitales es necesaria para lograr una atención de calidad a los pacientes hospitalizados con esta necesidad. Sin embargo emprender el camino a esta implementación requiere de recursos económicos, humanos e infraestructura que permita el desarrollo de las habilidades y conocimientos del personal especializado.

La misión de una clínica del dolor es brindar alivio, no solamente del dolor, sino también de los síntomas que se asocian con éste o con su terapéutica, basándose

en una atención integral que mejore la calidad de vida del paciente y cubriendo sus principales necesidades como un ser bio-psicosocial. Además de los algólogos, una clínica del dolor está compuesta por psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras; del mismo modo, debe contar con el apoyo de otros especialistas que sean requeridos. Lo anterior asegura que el manejo del paciente tenga un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario. Están documentados los beneficios para el paciente y en ahorro en costos de hospitalización para los hospitales que cuentan con una Clínica del dolor y cuidados paliativos.

## **7. DOLOR Y ÉTICA**

### **7.1 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON DOLOR DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ÉTICA.**

Aliviar el dolor es un derecho del hombre y una obligación ética del personal de la salud en la asistencia a pacientes que sufren dolor, independientemente del estado de evolución de la enfermedad. Desde épocas remotas, Hipócrates señaló: “Tarea divina es aliviar el dolor” y esto constituye un capítulo muy importante que abarca la anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor.

El dolor es una realidad filosóficamente imperfecta pues, solo se admite su existencia cuando lo manifiestan los que lo sufren o bien acreditan lo que otros comunican. Desde un punto de vista objetivo, no existen medios que confirmen el nivel del dolor que un paciente refiere. Se puede llegar a entender la realidad del dolor en los casos en los que una agresión o una lesión física lo hacen obvio.

Se debe considerar un fenómeno complejo y especulativo en todas sus vertientes tanto biológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicosociales, morales y de comportamiento que deben ser correctamente entendidas. El “qué” duele y “por qué” duele, son condiciones indispensables para poder conseguir una correcta caracterización clínica y plantear al mismo tiempo una adecuada estrategia terapéutica.

El dolor y sufrimiento se definen como la amenaza percibida a la integridad física y síquica del ser, que involucra afectividad negativa, desesperanza y pérdida. Es una experiencia emocional abominable, caracterizada por una sensación de angustia o aflicción generada por factores que debilitan o comprometen la calidad de vida. No obstante sus connotaciones, los términos dolor y sufrimiento se utilizan indistintamente por los médicos y los investigadores. Y esta confusión establece un problema ético, aunque no siempre el dolor causa sufrimiento ni este requiere del dolor.

El dolor puede ser estudiado en su significado y el proceso fisiológico, tratado y controlado por el médico, en cambio, el sufrimiento no lo controla ni lo domina el médico. Lo ético es procurar que el otro vea y observe la realidad más que decirle o imponerle lo que debe hacer, este es el dilema ético. El sufrimiento es una experiencia profunda, personal, subjetiva e intransferible que tiene relación con la experiencia humana.

El dolor es una experiencia personal, multidimensional, subjetiva, compleja y única para cada paciente. El dolor constituye uno de los elementos que conforman la identidad como seres humanos, requiere unas coordenadas culturales que lo doten de sentido y permitan su explicación. Solo tiene entidad ontológica en la medida que es percibido y comprendido por la persona que lo padece. Manifiesta a su manera la profundidad propia del hombre y de algún modo la supera. Solamente el ser humano es consciente que sufre y se pregunta la razón del dolor, del mismo modo que se plantea el significado del mal.

El umbral del dolor al que reacciona la persona y la actitud que este adopta a partir de entonces, están esencialmente vinculados con la trama social y cultural. Frente al dolor entran en juego tanto la concepción del mundo de la persona como sus valores religiosos o laicos y su itinerario personal.

Con los avances en la investigación biomédica en occidente, la proliferación de los analgésicos y la extensión de la anestesia en la práctica médica, el significado del dolor ha variado, en tanto se ha vuelto inútil, estéril, degradante: un desafío para el progreso de la ciencia. La medicina moderna tiene la capacidad no solo de curar,

sino de crear, ampliar o terminar la vida, con profundas implicaciones de la ética médica. Es una filosofía de liberalismo que ahora guía a la ética médica en los países libres.

En la actualidad, tanto los adelantos médicos como la bioética, plantean la importancia de que el paciente participe activamente de su tratamiento, lo que en ocasiones acarrea conflictos tanto de índole filosófico como pragmáticos. El gran problema bioético de la práctica médica se presenta en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, las que son progresivamente desgastantes y provocan un deterioro de su funcionalidad con un pronóstico sombrío para su reinserción en la vida productiva y agota los recursos, tanto familiares como sociales.

## 7.2 DERECHOS DEL PACIENTE CON DOLOR

El paciente debe tener acceso imparcial a tratamientos o facilidades disponibles indicadas por el médico, independientemente de la raza, credo, sexo, nacionalidad o fuentes de pago de la atención. Tiene derecho a un ambiente seguro con la privacidad y confidencialidad requerida y a ser tratado con prontitud, dignidad y respeto por todo el personal de la salud que lo rodea, así como a ser informado por el equipo médico acerca de la causa más probable de su dolor y de los tratamientos disponibles.

Tiene derecho a conocer detalles de los beneficios y riesgos de cada uno de los tratamientos propuestos, así como a participar activamente en las decisiones que se tomen sobre su integridad. El personal que atiende al paciente debe seguir los estándares de seguridad establecidos y, cuando corresponda, usará equipos de protección apropiados tal como guantes, batas y mascarillas.

A su vez el paciente debe estar asistido del derecho a ser reevaluado regularmente, seguido de los ajustes necesarios en su tratamiento, si el dolor no ha disminuido o a ser referido a un especialista en tratamiento de dolor si continúa sin cambios favorables significativos. Esos derechos deben ser respetados y exigidos cuando se recibe un tratamiento para el dolor.

El paciente tiene derecho, además, a ser informado del pronóstico de su enfermedad o dolor. Si no fuera médicamente aconsejable que el paciente cuente con esa información, esta se pone a disposición de una persona allegada, legalmente autorizada (tutor).

Responder las preguntas por la relación que existe entre ética y tratamiento del dolor, no puede ser otra cosa que un intento serio y responsable de tratar la dimensión ética que tiene el tratamiento del dolor para los profesionales de la salud y para las instituciones donde estos realizan sus labores y prestaciones; en este caso orientadas al alivio del dolor y del sufrimiento.

Se debe indagar en la dimensión ética. Para esto hay que preguntarse por las obligaciones morales que en el personal y en las organizaciones de la salud suponen la preocupación por cumplir uno de los fines establecidos de la medicina, el segundo en importancia, de acuerdo con el ya clásico trabajo liderado por Daniel Callahan "Los fines de la medicina", elaborado por el prestigioso centro de investigación en bioética The Hastings Center, de Nueva York.

Este centro hace énfasis en el "alivio del dolor y el sufrimiento causado por males" como uno de los objetivos centrales del quehacer médico. De este planteamiento es posible establecer la gran importancia que tiene y debe tener la preocupación por los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos en relación al dolor; pero en igual preponderancia debe ser de mucha importancia la forma en que se organizan, planifican, financian y ejecutan las tareas orientadas a cumplir con ese fin, bajo estándares exigibles en calidad y corrección, lo que equivale a sostener que a una sólida y excelente formación técnica y científico médica en el alivio del dolor, debe ir aparejada una excelencia moral de respeto, solidaridad, acompañamiento, diligencia y calidad en la toma de decisiones en la práctica médica.

Más aún, fuera de ese ámbito de relación, del encuentro tradicional entre paciente y médico o equipo tratante, actualmente no es posible pensar que las instituciones de salud no tengan también obligaciones que se expresen promoviendo el desarrollo de estructuras y procesos que posibiliten el logro de ese fin de la medicina, pues deben acoger y apoyar o generar y promover las iniciativas



encaminadas a brindar un cuidado de la salud en el ámbito del dolor y el sufrimiento que no sea solo de excelencia técnica sino también moral.

El dolor es una de las causas que más afectan a la calidad de vida de las personas y tratarlo de forma inadecuada es un grave problema asistencial y un problema ético de gran magnitud, que afecta directamente a las personas y atenta contra su dignidad. La ausencia de una adecuada evaluación y tratamiento del dolor vulnera los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

A pesar de los avances, tanto en el conocimiento de los mecanismos implicados en el proceso doloroso como en lo que a su tratamiento se refiere, el nivel entre estos conocimientos y la aplicación práctica están separados por un abismo, tanto si se hace referencia al dolor crónico como al dolor agudo. Las causas son múltiples, la cultura, las actitudes, la educación, las disponibilidades económicas y las políticas de salud.

Existen suficientes estudios que permiten afirmar que el inadecuado tratamiento del dolor, además de mermar la calidad global de vida del paciente que lo sufre, también disminuye su esperanza de vida. Aunque hubiese situaciones para las que no existieran en un momento dado alternativas terapéuticas válidas, el dolor innecesario, definido como el que persiste a consecuencia de un tratamiento inadecuado o la ausencia de este, a pesar de la existencia real de terapéuticas eficaces, constituye un grave problema asistencial.

Es necesario que el personal médico y aún más el que está en formación, tenga un conocimiento mínimo suficiente para tratar adecuadamente el dolor a la población en general, para que en una situación de enfermedad el paciente pueda participar en la toma de decisiones de una manera racional y no dejarse influenciar por el desconocimiento, por ideas irracionales, ni por el medio. Por otro lado, es necesario que el personal de la salud tenga una formación humanística que le permita cubrir todas las necesidades del paciente, la familia y el equipo terapéutico, que posean los conocimientos, las habilidades y las actitudes imprescindibles para tratar a todo tipo de pacientes.

### 7.3 ESPECIFICACIONES DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON DOLOR

Los pacientes con dolor y los que están en fase terminal conforman una población vulnerable, cautiva, que requiere cuidados especiales. Desde el punto de vista ético entran en conflicto la necesidad de logros científicos definidos por el investigador y la obligación de salvaguardar la autonomía de las personas.

Es una población vulnerable porque sufre enfermedades que agotan, fatigan y amenazan la vida, que causan pérdida de la independencia y limitan la capacidad de tomar decisiones, que provocan temor por el acercamiento del fin y tristeza por dejar los seres y las cosas queridas, así como malestar general ocasionado por el dolor, la disnea, la tos, el vómito y la debilidad. Estos limitantes físicos y síquicos disminuyen la capacidad de decisión y colaboración en proyectos de investigación, quizá importantes para el científico, pero banales para quien sufre.

Desde el punto de vista ético, cuando se va a realizar una investigación en pacientes que sufren intenso dolor o están en fase terminal, se deben seguir las normas que se consideren pertinentes dictadas por el Ministerio de Salud de cada país.

Para la mayoría de los conocedores del tema, los ensayos clínicos en pacientes con dolor requieren tener el consentimiento informado, acuerdo por escrito, mediante el que el sujeto de investigación o su representante legal, autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se somete, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Para lograr el consentimiento informado debe tenerse en cuenta la justificación, los objetivos de la investigación, los procedimientos, las molestias o riesgos esperados, los beneficios que puedan obtenerse, la aclaración de dudas, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar, la seguridad de que no se identifica a la persona, el compromiso de mantenerla informado sobre el avance de la investigación, la disponibilidad de tratamiento médico y de indemnización en casos de daño directo causado por la investigación.

Si el investigador es la misma persona que trata, atiende o cuida, debe explicárselo al paciente, de lo contrario es moralmente reprobable tomar a los pacientes como conejillos de indias, buscando prebendas económicas, publicitarias o de reconocimiento.

En cuanto a los riesgos y beneficios debe seguirse la Declaración de Helsinki de 1964, ratificada en 1988, en el 2010 y en el 2014, que establece que los derechos de la persona predominan sobre los de la ciencia y la sociedad. Como parte de la solicitud a las Juntas de Control Institucional, el médico investigador debe enviar un formulario de consentimiento informado para la revisión. Este formulario incluye la información completa acerca del ensayo, la que debe estar escrita en lenguaje simple para facilitar la comprensión de su contenido y debe incluir, además, la información para contactarlas.

El paciente tiene derecho a hacer las preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación o si quiere reportar algún problema con el ensayo. La participación en investigaciones es voluntaria. Los pacientes que se rehúsen a formar parte de estudios de investigación tienen derecho a la atención más eficaz que el hospital pueda proveer.

#### 7.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

En 1973, en Estados Unidos se aprobó la Carta de los Derechos de los Enfermos y en 1984 en España, la Ley de Sanidad, que constituyeron un hecho de extraordinaria trascendencia, porque significó un paso de avance importante en un nuevo marco para encuadrar las relaciones entre pacientes y profesionales de la salud.

El gran reto de la medicina a través de su historia, fue humanizar la relación entre los trabajadores de la salud y el paciente, y actualmente constituye el principal problema bioético intentar humanizar las relaciones entre las personas que poseen conocimientos médicos y el ser humano, frágil, angustiado, que vive el duro golpe de una enfermedad.

A partir de entonces, cobró gran valor el consentimiento informado, en el que el paciente debe recibir información acerca de su enfermedad y asentir cualquier procedimiento que le sea indicado.

El consentimiento informado es un proceso, no un documento, pues constituye el procedimiento con el que el equipo médico da información al paciente y a sus cuidadores sobre los beneficios y riesgos de una intervención para ayudarles a tomar una decisión, en tanto, es el medio por el que una persona acepta participar en una investigación, conociendo los riesgos, beneficios, consecuencias o problemas que puedan aparecer durante el desarrollo de esta.

A su vez, el consentimiento informado requiere de un acuerdo por escrito, mediante el que el sujeto de investigación o su representante legal, autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

El propósito del consentimiento informado es instruir al paciente para considerar, de forma equilibrada, los beneficios y las desventajas del tratamiento médico propuesto para que tome una decisión racional al aceptar o rechazar este. El uso adecuado de este principio previene o disminuye la posibilidad de errores, negligencia, coerción y decepción, y promueve en el médico su autocrítica, pero el principal propósito es establecer la autonomía del paciente, promover su derecho a la autodeterminación y proteger su condición como un ser humano que se respeta a sí mismo.

Se entiende como la aceptación por parte de un paciente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico o de un sujeto en investigación de recibir la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica o terapéutica cuyo objetivo final es aplicar el principio de autonomía del paciente.

Se han planteado algunas pautas que denominaron acuerdo de la comunidad al respeto de la autodeterminación del paciente. En todo estudio epidemiológico, en el que participen personas, se procura obtener por escrito su consentimiento

informado. Se plantea que en la investigación epidemiológica no se pueden aceptar riesgos mayores que los mínimos necesarios porque no existe proporcionalidad entre el riesgo y el beneficio para la persona.

Para utilizar las historias médicas, muestras de esputo, sangre, tejidos, entre otros, debe obtenerse el consentimiento, aunque el estudio no implique un riesgo o daño e incluir las medidas para proteger la confidencialidad de las personas. Cuando no sea posible obtener conformidad de cada persona involucrada en el estudio, puede procurarse la de un representante de la comunidad o grupo.

Los investigadores deben tener en cuenta los derechos y la protección de la comunidad. Los dirigentes comunitarios pueden expresar la voluntad colectiva, no obstante, debe respetarse la negativa de las personas a participar.

Tenerse en cuenta la justificación, los objetivos de la investigación, los procedimientos, las molestias y riesgos esperados, los beneficios que puedan obtenerse, la aclaración de dudas, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar, la seguridad de que no se identifica a la persona, el compromiso de mantenerla informado sobre el avance de la investigación, la disponibilidad de tratamiento médico y de indemnización en casos de daño directo causado por la investigación. Este debe reunir al menos tres requisitos:

- **Voluntariedad:** las personas deben decidir libremente si aceptan un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.
- **Información:** debe ser clara y se debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio en general, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que esto le pueda perjudicar en otros tratamientos. El intercambio comunicativo entre ambos (profesional de la salud-paciente), basado en la

confianza, amplía las posibilidades de comprensión de los resultados del tratamiento por parte del paciente.

- **Comprensión:** se debe determinar hasta qué punto los pacientes son capaces de comprender el ensayo clínico y los factores relacionados con este. Es necesario que todos los pacientes estén contentos con la información recibida sobre el ensayo, que estén conscientes de la seguridad de la investigación, del riesgo potencial de la participación, del relativo beneficio que le pueden aportar y que realmente se hacen los ensayos para futuros pacientes. Una mayor comprensión del consentimiento informado se ha relacionado con la lectura detenida del documento, en presencia de un médico o una enfermera en el momento, no firmarlo en la primera entrevista.

## 7.5 ÉTICA Y DOLOR EXPERIMENTAL EN HUMANOS

La docencia, la investigación biológica, biomédica y el desarrollo, producción y control de medicamentos, alimentos y otros insumos importantes para la salud humana y animal, requieren la utilización de animales de laboratorio, los que se han usado desde siglos atrás cuando se realizaron los primeros estudios anatómicos comparados hasta su utilización plena como “reactivo biológico” en la actualidad. El hombre tiene necesidad de utilizar el animal en la búsqueda del conocimiento, igual que para alimentarse, vestirse y trabajar, por eso el deber de respetar al animal, ente auxiliar y ser viviente común.

Para evaluar el actuar médico en las investigaciones realizadas en seres humano, dentro de las que se encuentra además, el dolor experimental, la Organización Mundial de la Salud creó los Comités de Evaluación Ética de la Investigación, para que los investigadores proporcionen la mejor información acerca de su proyecto de investigación particular y que sea más apropiado para su población de estudio

Se debe establecer brevemente quién y por qué se le invita a participar en la investigación. A todos los participantes se les debe hacer conciencia que pueden hablar con el investigador con quien se sientan más cómodos para aclarar cualquier

duda sobre la investigación y que pueden tomarse el tiempo que deseen para reflexionar si quieren participar o no. De la misma forma, se debe asegurar al participante que si no entiende algunas de las palabras o conceptos, se tomará el tiempo necesario para explicárselo según se avanza y que pueden hacer preguntas al respecto. Igualmente, se debe explicar claramente el propósito de la investigación, que se debe escribir en lenguaje claro y coherente para no confundir.

En relación con el tipo de intervención de investigación, se deben establecer las pautas a utilizar como la selección de participantes, la participación voluntaria, la información sobre el fármaco a utilizar en el ensayo, los detalles de procedimientos y del protocolo y los procedimientos desconocidos para el participante.

Si el protocolo es para un ensayo clínico, se debe realizar con aleatorización y muestreo ciego, así como se debe informar a los participantes lo que significa y cuál es la probabilidad que tienen de recibir un fármaco o un placebo. Se describen el proceso, la duración de la investigación, los efectos secundarios, los riesgos, las molestias, los beneficios de la investigación, los incentivos, la confidencialidad, los resultados, los derechos a negarse o retirarse, las alternativas de participación y a quién contactar en caso que fuera necesario.

## 7.6 ÉTICA CON LA FAMILIA DEL PACIENTE

### 7.7

Desde la perspectiva ética, el principio de beneficencia requiere el control del dolor y los síntomas que presente. El tratamiento de sostén comprende planear de antemano en qué consistirá el tratamiento, la decisión de mantener o suspenderlo.

Hacer planes por adelantado está avalado éticamente por el principio de la autonomía y legalmente reconocido en muchos países del mundo. La decisión a cargo del paciente o de un sustituto de mantener o suspender el tratamiento de soporte de la vida propuesto por el médico está apoyada éticamente por el principio de respeto a la autonomía y la doctrina legal del consentimiento informado.

Existen propuestas por parte de algunas organizaciones políticas en países desarrollados para mejorar la atención en el final de la vida, el tratamiento de los síntomas físicos, el bienestar sicosocial del paciente y de su familia, cambiando el

objetivo tradicional de morbilidad por el de calidad de atención en el final de la vida.

Ningún paciente debe morir con dolor o síntomas tratables como náuseas, fatiga, disnea, entre otros. El control del dolor debe ser el principal objetivo, por lo que se han desarrollado guías para ayudar a los médicos a distinguir analgesia apropiada de eutanasia con inyección letal. Estos deben ser previstos y controlados tempranamente, evitando que lleguen a ser incontrolables.

El paciente y sus familiares deben elegir el lugar y la forma de cuidado que el paciente recibirá en sus últimos días y debe ser alentado a discutir por adelantado sus deseos respecto al tratamiento de sostén, para lo que el médico debe brindarle una guía y apoyo al paciente y a los familiares elegir eventualmente un sustituto para tomar decisiones.

La clave es tener la habilidad de comunicar las malas noticias y oponerse a las demandas de tratamiento que el médico considere inapropiada. No existe legislación al respecto, por lo que se debe discutir un plan terapéutico aceptable para el paciente, la familia y el equipo médico.

El apoyo al paciente se debe adecuar a cada grupo familiar, cobrando vital importancia una buena relación médico-paciente-familia, que contemple todos los factores psicológicos, sociales, económicos, culturales y espirituales. En estas áreas es fundamental contar con un equipo multidisciplinario. No se debe olvidar que en ciertos casos, determinados familiares requieren ayuda específica luego del deceso del ser querido.

Los cuidados del final de la vida representan un desafío para el paciente, los familiares y los profesionales de la salud involucrados en el tratamiento de este.

En esta situación especial, el médico debe conocer la voluntad del paciente y tomar decisiones difíciles basadas en principios éticos y médicos. De igual importancia



son la contención del paciente y su familia y el compromiso de un equipo interdisciplinario de salud avalado por dependencias gubernamentales.

## 7.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

A principios del siglo xxi, queda consagrado en la Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas el derecho al tratamiento del dolor. La declaración del colegio de anestesiólogos de Nueva Zelanda y Australia concreta este principio de justicia otorgándole a los pacientes el derecho a ser creído, a una evaluación y tratamiento adecuados del dolor, a que se registren periódicamente los resultados de la evaluación del dolor, a ser atendidos por un profesional con la debida formación y experiencia y a estrategias adecuadas y eficaces en el alivio del dolor.

El conocimiento y la información, según la evidencia científica, logra controlar el dolor y disminuir el consumo de analgésicos. La educación del personal médico y de enfermería en la evaluación del dolor puede reducir la incidencia de este de moderado a grave del 37 % a 13 %. Sin embargo, más del 50 % del personal sanitario carece de conocimientos sobre dolor y solo el 13 % del presupuesto de los hospitales se destina a brindar información.

En una encuesta realizada en España, en la que se incluyó el 38 % de los hospitales españoles se objetivó que el 53 % de los pacientes no recibieron ninguna información sobre el dolor. Por otra parte, está demostrado que una información adecuada mejora el efecto analgésico esperado.

Cabe preguntarse: ¿cómo se sabe que se está haciendo el bien y no el mal? ¿Si los pacientes desconocen las alternativas de tratamiento cómo pueden ejercer su autonomía?

El tratamiento del dolor en las edades extremas de la vida y la prescripción de opioides potentes del tipo de la morfina, están sujetos a numerosos mitos y creencias erróneas que no tienen nada que ver con la evidencia científica actual.

Así ocurre con el temor a la adicción o dependencia síquica y a sus efectos colaterales. Tanto estas, como la evasión de las regulaciones legales para la prescripción de estupefacientes, explica que estos analgésicos potentes se indiquen de forma insuficiente. Según informe de la Organización Mundial de la Salud, en América Latina se prescriben 1,74 mg per cápita de morfina, sin embargo, en Europa, Estados Unidos y Canadá es de 5,98 mg aun cuando representan el 12 % de la población mundial. Si se tiene en cuenta que el 30 % de los pacientes intervenidos quirúrgicamente sufren dolor intenso se puede concluir que la indicación de opioides potentes resulta poco frecuente.

En reunión extraordinaria de la Organización de Naciones Unidas, se tomó como acuerdo que los gobiernos están obligados a proveer a sus pobladores de este grupo de medicamentos. Queda entonces de parte de los médicos expropiar a los pacientes de temores que solo llevan al sufrimiento innecesario.

#### 7.9 EL MANEJO DEL DOLOR, ASPECTOS BIOÉTICOS

La enfermedad es una parte intrínseca de todos los seres vivos; el grado de enfermedad y los procesos regenerativos ante ésta varían de acuerdo la complejidad somática de cada ser vivo. Así, los organismos unicelulares responden alejándose del estímulo nociceptivo, las plantas tienen mecanismos reparadores, y los mamíferos más evolucionados llegan incluso a mostrar conductas de ayuda entre los elementos del grupo.

El ser humano tiene la más complicada forma de enfermar, ya que su sistema nervioso, con sus múltiples interconexiones, lleva la información nociceptiva a todos los sistemas del organismo, además de hacer una interpretación personal del dolor, la convierte en una sensación auto consciente; es decir, le permite “padecer” el dolor propio y el de otros individuos de su especie, y ser empático con el sufrimiento.

Desde los albores de la humanidad el dolor y la ansiedad han acompañado al ser humano, y el deseo de éste por controlarlos, ha sido el motor del desarrollo social. Por un lado la sublimación psicológica de ambos ha permitido el desarrollo socio

cultural: las religiones, la cultura, las ciencias en general y la medicina en particular tienen su origen en el deseo de evitar o al menos controlar estos sentimientos.

Entre el hombre de Neandertal y el hombre de Cro-Magnon se puede ubicar el desarrollo de un sistema de creencias mágicas que permitían entender la vida, la enfermedad y la muerte como producto de fuerzas superiores, irracionales e incomprensibles para ellos.

Durante los 300,000 años que nos separan del hombre de Cro-Magnon, el entendimiento de las vicisitudes de la vida ha sufrido grandes cambios. En el entendimiento del dolor hemos pasado desde una visión místico religiosa del hombre primitivo que se mantuvo hasta el medioevo; mientras que en el seno cristiano el dolor ha sido visto como un agente purificador, capaz de redimir; en los siglos XVIII y XIX pasó a ser visto como un valor destinado a la conservación de la especie.

Desde el siglo XIX, la ciencia se ha desarrollado a pasos agigantados; en medicina se lograron cambios espectaculares: desde el surgimiento de la asepsia y antisepsia hasta el advenimiento de las unidades de cuidados intensivos, a mediados del siglo XX, provocando una visión triunfalista en la atención del sujeto enfermo. No obstante, en la década de los 70's del siglo pasado se hizo evidente la necesidad de dar más importancia al sujeto que al objeto de la medicina.

En la actualidad, nuestra visión de la vida, la muerte, la enfermedad y el dolor es una amalgama de ideas y creencias. En algunas áreas del conocimiento han surgido teorías naturalistas para entender la vida, la enfermedad y la muerte, pero continuamos con algunas creencias irracionales que condicionan nuestra conducta ante la enfermedad, propia o ajena.

Aun en la actualidad algunas enfermedades evocan a nuestro subconsciente ideas "primitivas": · Pensamos en el cáncer como un castigo por faltas pasadas. · Sufrimos el dolor como forma de expiar culpas. · Creemos que el SIDA es un azote de Dios por vivir en una sociedad impía, etc.

Pensamientos todos ellos que matizan nuestra actuación en el campo de la salud enfermedad, tanto si jugamos el rol de paciente, de médico o como parte de la sociedad.

### 7.8.1 ANTECEDENTES

La OMS ha definido la salud como el estado de completo bienestar bio-psico-social, queda implícita una visión del hombre como una unidad compuesta por los aspectos biológicos (orgánicos) psicológicos (mentales, espirituales, axiológicos) y socioculturales (la cosmovisión compartida por el núcleo social en la que se circunscriben creencias, mitos, etc.)

No obstante, cuando revisamos la bibliografía médica respecto del tratamiento de cualquier síntoma o síndrome nos percatamos de la total ausencia de un tratamiento holístico, cuando mucho se hace referencia a la interrelación que el síntoma en cuestión tiene con factores emocionales, ambientales y cognitivos.

Esta visión parcializada del hombre enfermo tiene repercusiones importantes cuando se atiende a pacientes que sufren una enfermedad que cursa con dolor, ya que frecuentemente se minimiza la importancia del control de éste, manteniendo el énfasis del tratamiento en la curación de la enfermedad.

La Medicina tiene en la actualidad la ineludible tarea de replantear al hombre enfermo como un todo, enfocándolo siempre en sus relaciones de interdependencia entre su mundo interno (creencias, valores, sentimientos, etc.) y su realidad externa (rol familiar, social, creencias culturales, etc.).

Aun cuando desde la antigüedad hubo un ejercicio de evaluación del quehacer médico: la ética médica; filosófica en ocasiones, dogmática en otras, se basaba en tradiciones religiosas particulares.

Es en 1970 cuando surgió la Bioética como una propuesta filosófica secular, que aborda en su análisis no solo el quehacer médico, incluye también el ejercicio profesional de otros profesionales sanitarios; estudia la actitud del paciente en su

relación con la enfermedad y con el personal de salud; incluye también el estudio de aspectos ontológicos, semánticos y ecológicos.

### 7.8.2 BIOÉTICA, PROBLEMÁTICA ACTUAL

En la actualidad tanto los adelantos médicos como la Bioética plantean la importancia de que el paciente participe activamente de su tratamiento, lo que en ocasiones acarrea conflictos tanto de índole filosófico como pragmáticos. En el tratamiento de las enfermedades agudas el consenso es que se deben agotar los recursos físicos y emocionales para revertir los síntomas y alcanzar la curación del paciente con la subsiguiente reinserción a la vida productiva del paciente.

El gran problema bioético de la práctica médica se presenta en la atención de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, las cuales son progresivamente desgastantes y provocan un deterioro de la funcionalidad del paciente, con un pronóstico sombrío para su reinserción a la vida productiva, y repletan los recursos tanto familiares como sociales.

En lo referente al tratamiento del dolor debemos diferenciar no sólo en cuanto a la intensidad del dolor; también es importante la diferencia entre dolor agudo y dolor crónico y en el terreno subjetivo de los actores del acto médico aparece la importancia del significado de la enfermedad subyacente.

Así, algunas enfermedades como el cáncer en etapa terminal o el SIDA provocan un conflicto de intereses: por un lado se encuentra el derecho jurídico de ser protegido de una enfermedad degradante e incapacitante, situación que obliga al sistema sanitario a proporcionar atención global e intensiva para el control sintomático de la enfermedad, de acuerdo con el principio de justicia.

La OMS ha dictado los criterios indispensables para un buen control del dolor:

1. Educación de los profesionales de la salud, el público en general y administradores hospitalarios en el control del dolor.
2. Disponibilidad de fármacos y un sistema de distribución eficiente y seguro.

3. Cambios en las legislaciones y regulaciones que supriman las disposiciones que interfieren con el uso adecuado de opioides potentes.

No obstante la visión que el paciente tiene para el uso de ciertos fármacos, ésta puede estar alterada por creencias como:

- El uso de medicamentos para el dolor evidencia una personalidad débil.
- El uso de medicamentos para el dolor provoca que el paciente se “vuelva adicto a ellos”.
- El dolor es una prueba que Dios nos pone, y debemos sufrirla para el perdón de nuestras faltas.

Aun así, existe el derecho que el paciente tiene a decidir por sí mismo en un asunto privado, por lo que algunos pacientes pueden optar por solicitar la suspensión de todo ejercicio médico para el control de la enfermedad e incluso preferir suspender tratamientos de apoyo para el control de síntomas tales como el dolor.

La ética personalista en una postura filosófica de tipo paternalista plantea la necesidad de trabajar en bien del paciente, de acuerdo con los postulados médicos del momento: así un paciente que tiene dolor debe ser tratado aunque el tratamiento utilizado esté en contra de sus deseos y valores, privilegiando el principio de beneficencia.

Los detractores de esta postura plantean que un ejercicio paternalista de la medicina niega la individualidad del ser humano, subrogando los valores y deseos del paciente a otros valores externos a él que pueden ser incluso contrarios a los suyos.

La ética liberal basada en la filosofía utilitarista de Mill, en cambio, plantea que una persona consiente, debidamente informada es capaz de tomar decisiones incluso contrarias a las sugeridas por los expertos. Así el paciente con dolor o cualquier otro síntoma puede rehusar un tratamiento argumentando sus propios deseos y valores, privilegiando el principio de autonomía.

La propuesta ética liberal, así planteada, permite una visión holística del paciente, acercando la atención médica a una práctica tendiente a conseguir el bienestar biopsicosocial planteado por la OMS.

No obstante, para poder ejercer una práctica médica de calidad, enmarcada en los presupuestos filosóficos liberales, se debe alcanzar cierta madurez en la población, tanto en los prestadores de servicios de la salud como en los usuarios.

## **8. ENFERMERÍA Y DOLOR**

### **8.1 RETOS PARA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON DOLOR: UNA FORMA DE HUMANIZACIÓN**

La enfermedad y el dolor han acompañado al hombre a través de su evolución, desde el primer hombre sobre la tierra habitante de las cavernas, hasta el ser humado de nuestros días.

La búsqueda de alternativas que alivien o supriman el dolor, ha sido una constante que ha evolucionado en el plano científico, social, familiar, institucional y gubernamental en todo el mundo. Resulta muy interesante conocer todos los conceptos y teorías sobre el dolor, sus mecanismos de producción, el impacto sobre cada ser humano, la variedad de medicamentos de que se dispone para aliviarlo, los tratamientos que se han desarrollado y la evolución de los mismos, en armonía con las diferentes culturas del mundo y con los grupos de interés en este tema.

La humanidad ha dado pasos gigantes en la comprensión de los mecanismos que desencadenan el dolor, en el estudio de la neurofisiología del dolor, en la investigación de medicamentos para tratarlo, en la aplicación de procedimientos invasivos y no invasivos para aliviarlo, en el uso de métodos convencionales, alternativos y complementarios para abordarlo, en el entrenamiento y especialización de profesionales médicos, de enfermería y demás personas que conforman los equipos de salud enfocados en el cuidado de pacientes con dolor.

El logro más trascendental ha sido humanizar e individualizar el cuidado de las personas con dolor, personalizando las enfermedades y los diagnósticos, individualizando los pacientes y sus diferentes patologías.

Es un hecho común, en el desenvolvimiento inicial de las culturas, por muy variadas que estas sean, observar cómo se asocia permanentemente la enfermedad y el dolor con la idea de castigo o venganza divina. Este concepto es común en las culturas Sumerio-Babilónica, Cristiano Judaica, esta última lo demuestra claramente cuando en sus preceptos se enuncia: “multiplicaré tus sufrimientos en los embarazos”. Con dolor darás a luz a tus hijos” (Génesis, 3). De tal forma en la Biblia son Homólogos: trabajo, dolor y sufrimiento.

De esta forma la existencia humana no es solo fatalidad. Este concepto se generaliza en las grandes culturas y se aplica al desenvolvimiento de la medicina.

Se consignan además preceptos relativos al aseo, abstención de ciertos alimentos, regulación de la conducta sexual, precauciones anti epidémicas, disposiciones sobre los leprosos, reuniendo así lo Religioso con la sanidad.

Los historiadores de la medicina nos cuentan como recurren a la farmacopea de los pueblos vecinos (egipcios, babilonios y persas) para usar la mandrágora. Un caso muy notable es el uso de la música para aliviar afecciones morales. David cura al Rey Saúl tocando citara cada vez que él tiene una crisis (Cap. Samuel, 16).

En realidad los aspectos médicos de la cultura Hebrea están conectados con los conocimientos y las prácticas de los pueblos vecinos, manifestándose esta conjunción en el terreno de la simbología: la serpiente símbolo de cura y de la supresión del sufrimiento.

En la cultura China la forma como se enfrenta el dolor, el sufrimiento y la enfermedad, es inseparable de la visión general de la realidad, el concepto cosmológico unificador es el TAO. Este significa la madre del mundo, el sentido, el origen de todo y la base del equilibrio cósmico.

Es un concepto de armonía universal, explica los ciclos naturales y humanos, por lo cual todo adquiere sentido, inclusive la muerte. Podemos encontrar recopilaciones



de más de dos mil medicamentos, prácticas de acupuntura cuyo perfeccionamiento parece atribuirse al cirujano Huato. Esta práctica tenía como fin: remover obstrucciones producidas por la enfermedad, para conseguir así el buen orden en el movimiento de los principios vitales.

Unía también la intención de curar a la de aliviar el dolor. A Huato se le atribuye la introducción de la anestesia en sus intervenciones quirúrgicas, permaneciendo en secreto los medicamentos utilizados en la castración de los eunucos. Data también de esta época la utilización del opio y el cáñamo.

La visión del mundo del Antiguo Egipto es evidentemente mágico-religiosa, se expresa progresivamente en fuerzas o principios abstractos, se manifiesta siempre en forma altamente personalizada. Asumen apariencias Zoomórficas que al Antropomorfizarse, conservan la cabeza animal, (el perro, el cocodrilo).

Encontramos entonces divinidades tales como Ra, Amón, Tebas, Osiris. La idea de la muerte y lo que viene después es fundamental en la Teología Egipcia, esta organización Teológica expresa con sus variaciones, una concepción de la armonía universal.

En otro plan son notables las prescripciones egipcias en lo que respecta a normas de higiene y tratamientos específicos del dolor, como el uso del opio usado como remedio y calmante, así como el uso de algunos preparados de plomo, usados en forma de supositorios para provocar deposiciones y disminuir el dolor.

En el Oriente Medio se describe en las obras de Teodorico de Lucca, del siglo XII, cirujano del Studium médico de la Boloña, la descripción de una especie de esponja narcótica que era aplicada en la nariz del paciente antes de las cirugías, además el uso de la mandrágora, el opio y el meimendro.

El opio usado durante Siglos como calmante del dolor, extraído del jugo de la dormidera, (*papaver somniferum*), ha sido tradicionalmente consumido, mascado, fumado o a través de infusión, por sus propiedades euforizantes y estupefacientes, tiene una acción central e irradiación psíquica, constituye un auxilio efectivo para el

tratamiento del dolor moral o angustia, que no nos cause pues extrañeza su difusión histórica

La importancia de la medicación vegetal entre los nativos de América es ampliamente conocida las tres grandes civilizaciones, maya, azteca e Inca, así como otras culturas (aimara y araucana), poseen un abundante herbario, aplicable a todas las enfermedades. Sin duda es una medicina mágica en la cual también la intervención divina es esencial. Divinidades solares, lunares o aquellas vinculadas a la tierra.

En la terapia se usan encantamientos y rituales como la trepanación, la succión para hacer salir el mal del cuerpo, la aplicación o consumo de medicamentos potentes. Pero la magia está unida a un empirismo con frecuencia sorprendente, se conocían muchos vegetales buenos para la salud o venenosos.

Cabe mencionar algunos como la coca, el curare, el peyote, la Escopolamina, la quina. Usadas todas para curar o aliviar enfermedades, algunas de ellas productoras de gran dolor, como eran las fracturas, heridas. Su uso al parecer era como anestésicos.

Para entender y valorar el estado actual del tratamiento del dolor y para preparar eficazmente el futuro, es indispensable revisar los progresos del pasado, relacionándolos con su influencia en la evolución de los principios actuales del tratamiento del dolor.

Desde el uso de la amapola y del cáñamo indiano en la antigüedad, a través de la superstición en la edad media hasta la gran era Científica del renacimiento hubo una gran confusión con respecto al papel del SNC (Sistema Nervioso Central).

De hecho la idea Aristotélica de que el dolor se sentía en el corazón, prevalecía todavía, y las contribuciones de W. Harvey quien descubrió la circulación ayudaron a la perpetuación de ese mito.

Descartes (1596-1650) comprobó el principio original de galeno de que el cerebro era el asiento de la sensibilidad y de la función motora. Durante los dos Siglos siguientes se descubrió poco sobre los mecanismos del dolor.

El Siglo XIX contemplo los experimentos de Bell y otros justificando la idea de que el cerebro era el destinatario de la información que procedía del entorno externo a través de los nervios sensitivos. Schiff formuló la teoría de la especificidad del dolor, concepto ampliado por Goldscheider. También en este Siglo se dio por resultado la utilización de dos importantes métodos de alivio del dolor: las técnicas Neuroquirúrgicas y la administración de bloqueos nerviosos.

Si hay algo que indisolublemente está ligado a la palabra dolor es la morfina. A comienzos del Siglo XIX F.W.A Sertuener (1783-1841) aisló la morfina. La denominó Morphium, por Morfeo, Dios Griego de los sueños, este descubrimiento fue ignorado hasta 1817, cuando Sertuener, rebautiza al nuevo alcaloide activo del opio y lo llama morfina, las aplicaciones de este alcaloide fueron inicialmente en dolor por cáncer. En el Siglo XXI su importancia como analgésico se fortalece y su uso se extiende al manejo de dolor agudo y dolor neuropático.

Hacia comienzos del Siglo XX Letierant publicó un manual de técnicas Neuroquirúrgicas para el dolor. (Rizotomía y Cordotomía), para el tratamiento del dolor crónico. En 1884 Corrlkoller demostró la eficacia de la cocaína como anestésico local. Floreciendo así en las cuatro primeras décadas del Siglo XX la anestesia regional. Entonces vinieron las guerras mundiales, el dolor de miembro fantasma, la causalgia postraumática. Así la aparición de los principales problemas clínicos del periodo de la posguerra, con soluciones terapéuticas muy pobres.

Después de la segunda guerra mundial Jhon Bonica (Washington), era testigo del sufrimiento de los excombatientes, propuso la idea de un centro integral del dolor, (1944). Melzack y Wall (1965), propusieron la teoría de la compuerta. En 1974 se funda la IASP Organización Internacional para el Estudio del Dolor. En 1975 la American Pain Society. A partir de estos progresos surge el concepto actual del tratamiento del dolor, con un enfoque interdisciplinario.

Interrogarse sobre el dolor en nuestro siglo XXI, es transitar por los sinuosos caminos de la subjetividad humana. Sin embargo más allá de su carácter ético y psicológico, el dolor es también un fenómeno cultural que exige la elucidación

integra de sus representaciones en el tiempo y en las condiciones sociales en las que se expresa.

La experiencia lesiva es constitutiva de la modernidad occidental y los efectos de sus representaciones durante más de quinientos años de historia pueden percibirse tanto en las actividades intelectuales, artísticas y científicas realizadas hoy en día.

Enfermería no ha sido ajena a todos los anteriores hechos enunciados, ella ha acompañado todos estos avances desde hace siglos, de acuerdo con Watson el cuidado humano es la esencia de enfermería, las especies animales y humanas cuando cuidan garantizan la sobrevivencia de las especies.

Enfermería ha evolucionado su forma de cuidar, ha sido protagonista de grandes transformaciones, entre otras las legislaciones sanitarias de varios países, autora de la clasificación de enfermedad y de la vigilancia epidemiológica, pionera de la estadística, de la epidemiología y de la salud pública, todos estos campos de intervención de enfermería involucran el cuidado y atención de los pacientes con dolor.

Enfermería como miembro activo de las Clínicas de Dolor, lidera funciones delegadas por el quehacer médico y funciones propias. Estas dos funciones se aplican igualmente en el manejo del dolor de los pacientes. Desempeñamos cómodamente las funciones delegadas, basadas en las prescripciones médicas, pero lo que realmente nos empodera como enfermeros (as) son las funciones propias, entre otras: Evaluación del dolor e incidencia de este en su vida personal, familiar y social, medición del mismo, administración oportuna de analgésicos y reconocimiento temprano de los efectos adversos, intervención directa en los diferentes procedimientos para alivio del dolor, información rápida de las complicaciones. La humanización del cuidado nos enfoca entonces, en brindar atención de enfermería a los pacientes con dolor y sufrimiento proporcionando cuidados que respondan a sus necesidades individuales fundamentales.

El enfoque vital que deben tener las facultades de enfermería con respecto a la formación y estructuración de sus estudiantes, en el abordaje terapéutico de

personas que sufren dolor, debe tener como columna vertebral de todos los procesos educativos:

La humanización del cuidado que brindamos. Teniendo en cuenta el rol central que desempeña el trabajador de enfermería en el cuidado de los pacientes que sufren dolor, se hace necesario capacitar al futuro profesional, en el conocimiento de la fisiopatología del dolor, teorías epidemiológicas del dolor, síndromes dolorosos más frecuentes, variables que pueden influenciar la percepción del paciente y su respuesta al dolor, la determinación clínica por métodos válidos y confiables, medicamentos útiles en el alivio del dolor, terapéuticas invasivas y no invasivas en el tratamiento del mismo, ciencias básicas e investigación aplicada al manejo y alivio del dolor, destrezas técnicas, psicológicas y de conocimiento que deberá aplicar el profesional de enfermería.

Realizar la revisión de la literatura que describe la antigüedad del dolor, sus interpretaciones y la forma como ha sido percibido, evitado y tratado tiene como objetivos: Visibilizar el dolor de los pacientes críticos y en edades extremas de la vida .Generar una reflexión crítica que permita entender que no hay dolor sin sufrimiento y sufrimiento sin dolor. Ubicar al dolor en el plano humano del individuo, sin desligarlo de sus raíces históricas y del componente social que lo rodea. Esta reflexión tiene como alcance fundamental motivar a enfermería para que se capacite de forma continua en el tema de alivio del dolor y así lograr una perfecta interpretación y un mayor acercamiento a las manifestaciones que a diario encontramos en los pacientes que lo padecen.

Revisar la historia de la evolución del concepto del dolor, deberá aumentar nuestra conciencia de la presencia de este en la cotidianidad del ser humano. Tendrá que necesariamente imponernos retos que muevan a todo el personal de enfermería al plano de las acciones para reconocerlo y tratarlo, promoviendo esto último como un derecho de las personas a tener alivio de su dolor y sufrimiento.

Es un hecho cierto que a través de los siglos, no importando las guerras, los desastres, las epidemias y el advenimiento de nuevas enfermedades, el avance de la ciencia médica, las investigaciones formales basadas en el método científico, en

general todos los progresos en las diferentes áreas del conocimiento, estos no han logrado liberarnos totalmente de sentir o sufrir dolor. Conocer la historia del comportamiento del dolor en las diferentes civilizaciones, es el sustrato que enfermería necesita para trascender de una forma más humana y sensible el cuidado de los pacientes con síndromes dolorosos y con sufrimiento asociado. Nuestro cuidado debe traducirse en retos:

El primer reto para los profesionales de enfermería como miembros activos de la sociedad y del conglomerado humano es: Conocer y entender la transformación cultural que ha sufrido el concepto del alivio del dolor, ser parte activa de su evolución y del cambio de los conceptos relacionados con él, para lograr una perfecta interpretación y un mayor acercamiento a las manifestaciones que a diario encontramos en los pacientes que lo padecen

Grandes cuestionamientos nos asaltan entonces, si miramos el desenvolvimiento de la historia del dolor: ¿Cómo nos empoderaremos del alivio del dolor, Como grupo de Enfermería en el nuevo Milenio? Tenemos en toda esta historia una fuente inagotable de consulta para entender todo el proceso de desarrollo de la humanidad frente al dolor. Poseemos todos los avances en las diferentes áreas del saber, relacionadas con el conocimiento del dolor y como tratarlo. ¿Son suficientes en términos generales todos estos aspectos para las perspectivas actuales y del futuro?

Existen razonamientos profundos para pensar que somos hijos de una historia mayor, con sucesivas concepciones teológicas, filosóficas y cosmológicas que han determinado en las grandes culturas diversas formas de curar y aliviar el dolor. En muchas ocasiones este conocimiento nos limita por los paradigmas que se han creado en torno a experiencias de aprendizajes repetitivos sobre este inagotable tema.

El segundo reto será entonces definir de una manera responsable y categórica nuestra esencia como profesionales de enfermería en el manejo del dolor. Teniendo como principio que el cuidado es la esencia de las competencias del profesional, entendiéndose como cuidado: Prodigar, proveer, atender, administrar acciones

tendientes a brindar comodidad, alivio, equilibrio biopsicosocial al individuo-familia comunidad en los diferentes sistemas de atención en salud

La última década ha contribuido con avances importantes en la comprensión del origen, mecanismos y tratamientos de los diferentes tipos de dolor.

El profesional de enfermería tiene para el futuro que definir más claramente su papel en la prevención y alivio del dolor en pacientes de alto riesgo: (Pacientes de unidades de cuidados intensivos, cuidados coronarios, unidades quirúrgicas, renales, y de trasplantes. Pacientes en edades extremas de la vida (Niños y Ancianos). Pacientes con dolor crónico. Sin restar importancia al manejo y atención de los pacientes de dolor agudo y dolor por cáncer, estos dos grupos históricamente han sido beneficiados por el interés y los esfuerzos de organizaciones mundiales y de los centros especializados en el alivio del dolor.

Entonces este reto nos impone la responsabilidad de despertar un especial interés y compromiso con los grupos de pacientes más vulnerables. Contamos entonces con el descubrimiento de nuevos medicamentos, innovaciones técnicas, descubrimiento de nuevos receptores opiáceos y la aplicación clínica de estos en el neuroeje para proporcionar analgesia segmentaria, planteando así otras alternativas en el diagnóstico y control del dolor.

Estamos en el siglo XXI y tenemos establecidos manejos en el dolor agudo, dolor de Origen maligno, dolor de Origen traumático, dolor obstétrico, dolor en enfermedades no oncológicas (SIDA), dolor crónico. Pero a pesar de estos adelantos, se sigue constatando que el dolor está escasamente controlado o es subvalorado. Toda la afluencia de conocimientos se refleja en la creación de grupos de interés centrados en el alivio del dolor a nivel mundial. Creación de centros especializados para aliviar diferentes tipos de dolor. Asociaciones Internacionales que promueven la investigación y la educación en esta área del conocimiento. Este nuevo siglo, nos refuerza el concepto del dolor como fenómeno multidimensional, nos refuerza la experiencia de que el manejo debe ser interdisciplinario y multimodal.

El tercer reto es: Preparación académica, educación continuada en el conocimiento de la Neurofisiología del dolor, mecanismos que lo desencadenan, tipos de dolor, Farmacocinética y Farmacología de los medicamentos usados para tratarlo. Métodos de manejo del dolor, conocimientos específicos sobre: Dolor agudo, dolor de origen maligno, dolor crónico, dolor en el paciente de alto riesgo, dolor en las diferentes etapas del desarrollo de los niños, dolor en la tercera edad, conocimientos sobre vida, enfermedad, cuidados paliativos, calidad de vida cuando se está muriendo

La formación en el conocimiento anteriormente enunciado, debe ser una constante en el crecimiento como profesionales de enfermería y en la proyección de nuestra disciplina a futuro. Esta tarea es responsabilidad inicialmente de nuestras facultades de enfermería, como entidades formadoras de profesionales de Enfermería, con competencias en el manejo del dolor, contribuyendo así a la transformación cultural del concepto de este en nuestra cultura Colombiana y Suramericana.

Estudiantes y profesionales de enfermería deberán basar sus conocimientos y actividades en el cuidado de los pacientes, en la aplicación de las teorías de mediano rangos, esta práctica nos afirma como disciplina, tal y como se demuestra aplicando:

La teoría de síntomas desagradables como dolor, disnea, fatiga y náuseas, propuesta por Lenz y Cols. Teoría de la incertidumbre ante la enfermedad crónica de Mishel (17), la teoría de Dunn, que referencia la adaptación al dolor Crónico. Nuestro desempeño en áreas hospitalarias, comunitarias, ambulatorias o domiciliarias, nos enfrenta a manejar de rutina los eventos de dolor en los pacientes, asociado este casi siempre, a procesos de enfermedad aguda, crónica o maligna. Muchas veces nuestra formación académica no nos suministra las herramientas suficientes, para abordar el tema del dolor, menos para identificarlo, evaluarlo y consecuentemente manejarlo.

Esta carencia se ve reflejada en la forma como asumimos que el dolor que expresan los pacientes es normal, sin que amerite en nosotros más compromiso hacia ellos y su sufrimiento para aliviarlo, que la simple administración de medicamentos



ordenados, o el proporcionar algunas medidas de comodidad y no un contundente compromiso de explorar las demás variables que componen todo el cuadro doloroso expresado por esta persona a nuestro cuidado.

Es también responsabilidad de todos los profesionales existentes en el país, la preparación individual y grupal para administrar cuidados relacionados con el control del dolor a los pacientes en los diferentes niveles de atención, deberá constituirse como la esencia del quehacer diario en su desempeño. Será el nivel supremo de su competencia, parte primordial de su rol.

En la actualidad tenemos como profesionales un campo abierto y muy amplio en las clínicas de dolor que con su interdisciplinariedad y trabajo en equipo, hoy desbordan la transición, se ocupan no solo del dolor como objeto de indagación y conocimientos sino también como sujeto de una urgente intervención emocional.

El cuarto reto que enfrentará y desarrollará el profesional de enfermería es el manejo del dolor en los grupos de personas más vulnerables:

- **MANEJO DEL DOLOR EN NIÑOS**

La percepción y el tratamiento del dolor en niños han sido ampliamente estudiados, el alivio del dolor es un deber médico, un derecho del niño y un principio de tipo humanitario y ético. Los estudios epidemiológicos y estadísticos han demostrado que el tratamiento del dolor en los adultos es inadecuado. Un 58%. De estos pacientes en postoperatorios inmediatos, soportan dolor durante su estancia hospitalaria.

Si esta situación es tan grave para los adultos, lo es aún más para los niños, en los cuales muchas veces no se trata el dolor, o cuando se hace se anteponen paradigmas, que solo reflejan un absoluto desconocimiento sobre la fisiología del dolor en los niños, prescripción de medicamentos y acciones de los mismos, farmacocinética de los medicamentos, uso de opioides en niños, Psicología del dolor, manifestaciones comportamentales, valoración y reconocimiento del dolor en pediatría.

Los estudios demuestran que la evaluación del dolor en los niños es difícil, en muchos casos el tratamiento depende de la apreciación subjetiva y de la afectación emocional de las personas encargadas, especialmente cuando los niños no hablan aún y son incapaces de decir que tienen dolor.

El cáncer es actualmente la segunda causa más común de muerte después del trauma, en niños en edades entre 1 y 14 años. El dolor oncológico en el paciente pediátrico es un problema de salud pública, por lo tanto ha sido atendido en el cuidado de salud a nivel mundial, sin embargo la atención en el momento de la muerte continua siendo inadecuada, esto sigue generando sufrimiento en los niños y sus familias.

Los elementos claves para valorar y tratar el dolor son:

Correcta identificación y su cuantificación. Los niños más pequeños carecen de habilidades cognitivas y de conducta no solo para comprender lo que está sucediendo con su dolor, sino también para describirlo, Este aspecto constituye un reto para el trabajador de Enfermería, nos obliga a estudiar y de esta forma entender como expresa el niño su dolor.

Nuestro reto entonces será el conocimiento y profundización acerca del desarrollo del dolor en los niños durante todas las etapas de su vida, incluida su gestación. Aprenderemos a valorar correctamente las conductas dolorosas y sus manifestaciones fisiológicas, medicamentos usados para controlar el dolor, efectos secundarios y cómo manejarlos. Orientaremos el cuidado de enfermería para optimizar los conocimientos y los recursos con que cuentan nuestras instituciones para controlar eficazmente el dolor en los niños.

- Manejo del dolor en el paciente críticamente enfermo en Unidades de Cuidado Intensivo, Unidad de Cuidados Quirúrgicos, Unidad de Cuidados Coronarios.

Tener dolor produce efectos sistémicos que son reconocidos como potencialmente deletéreos para los pacientes de las unidades de cuidados intensivos como son : La liberación de catecolaminas, aumento en los niveles de vasopresina, el ascenso en

la actividad simpática, la aceleración del catabolismo, aumento en el consumo de oxígeno, taquicardia, taquipnea, alteración de la mecánica pulmonar, activación del eje renina angiotensina, liberación de citoquinas, alteración del sistema inmune, aumento en la actividad plaquetaria, a sincronía paciente-ventilador, isquemia miocárdica y alteración del sueño.

Deberemos concientizarnos de que el paciente críticamente enfermo, muchas veces esta ventilado mecánicamente y para esto se hace necesario sedarlo con benzodiazepinas que solo permiten que se inhiba su estado de alerta, este procedimiento no les quita el dolor, son pacientes muchas veces de cirugías de alto riesgo o pacientes con enfermedades metabólicas severas que los hacen hemodinámicamente inestables, pero no los exime de un adecuado control del dolor. Por el contrario tener dolor se constituye en un factor de alto riesgo para su estabilidad hemodinámica.

Contribuyendo de esta forma a incrementar el riesgo de falla multiorgánica.

Debemos tener en cuenta la imposibilidad de algunos pacientes para informar la intensidad de su dolor, especialmente cuando están sedados, ventilados o bajo el efecto de relajantes musculares, en estos casos el paciente puede no tener control de su dolor, por lo que la experiencia es desagradable, generando en él un trastorno de estrés postraumático.

Para abordar correctamente el manejo de esta situación el trabajador de enfermería, tendrá el reto de conocer escalas que aproximen la valoración del dolor en estos pacientes, ayudara a minimizar la molestia el realizar cuidados o intervenciones no farmacológicas para evitar así dolor y sufrimiento, como proporcionarle una adecuada posición, adecuada colocación del tubo endotraqueal, estabilización de miembros inferiores o superiores, masajes para reactivar la circulación.

Nuestro reto seguirá siendo conocer la fisiología del dolor en estos pacientes así podremos establecer controles precisos, seguros y protocolos adecuados de manejo, basados en la situación individual y lo critico de su estado. Disminuir la incidencia de complicaciones por un dolor no controlado, propender por una

recuperación más rápida, disminuyendo la estancia de los pacientes en las Unidades de Cuidado Intensivo.

Optimizar la calidad del cuidado, atenuar la respuesta sistémica al trauma generado por el estrés quirúrgico, metabólico o psicológico.

- MANEJO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

El paciente con una queja progresiva de dolor que se cronifica en el tiempo, se torna molesto para la familia, para su grupo de trabajo, para la sociedad en general y para el trabajador de enfermería que tiene que atenderlo, es quizás el paciente más descuidado dentro de todos los grupos de pacientes que sufren dolor. El dolor crónico expresa al mismo tiempo necesidades emocionales y Fisiológicas: Es el prototipo de una reacción sicofisiológica.

Por el alto componente psicológico que acompaña al dolor físico de estos pacientes, constituyen todo un reto para enfermería pues tendrá que enfocar todos sus esfuerzos en prepararse para entender los mecanismos que desencadenan este dolor, el porqué de una conducta dolorosa establecida y la forma como este dolor margina al paciente de su actividad diaria, disminuyendo de una forma importante su calidad de vida.

Nuestro reto será entonces el conocimiento acerca de los mecanismos que desencadenan el dolor crónico, el dolor crónico maligno, las diferentes terapéuticas alternativas y tratamientos médicos que se encuentran en este momento a nuestra disposición para tratarlo, el impacto del dolor crónico en el paciente-familia-sistema de salud y sociedad, la relevante importancia que tienen las intervenciones de otros profesionales de la salud, por ejemplo:

Terapeutas físicos, psicólogos, psiquiatras, rehabilitadores, especialistas del dolor, intervencionistas en dolor; sin dejar de lado otros métodos terapéuticos tales como hipnosis, imagenología, acupuntura todos ellos con un papel definido como terapias complementarias en el manejo del dolor crónico.

El personal de enfermería es quien está en mayor contacto con el paciente que sufre dolor. Este contacto permanente le proporciona las herramientas necesarias para

abordarlo de forma más humana y sensible, para identificar sus manifestaciones dolorosas, valorarlo adecuada y oportunamente, determinar el impacto que el dolor genera en él, en su familia y entorno, implementar acciones tendientes a aliviar su dolor, utilizando correctamente los recursos de que dispone y su conocimiento para el tratamiento de este dolor, para evaluar continuamente los resultados y la efectividad de las intervenciones terapéuticas.

Ejercemos nuestra profesión a través del cuidado directo, teniendo siempre como marco de acción un contexto de respeto a la persona y a su vida, respeto a su dignidad, a su individualidad, a su intimidad, a sus creencias y pensamientos, a su entorno social y familiar. Este respeto presupone que reconocemos en el al individuo y su sufrimiento. Este reconocimiento nos define como profesionales humanizados en nuestro cuidado y orienta nuestras acciones para proporcionar y usar todos los medios de que dispongamos para aliviar su dolor.

En la revisión de la literatura autores de artículos de reflexión que escriben acerca del entendimiento del dolor y el sufrimiento, nos invitan a mirar el dolor como un hecho íntimo y personal: "El respeto a la dignidad de nuestros pacientes con dolor nos conmina para que no se infrinja dolor a los mismos de forma innecesaria. La medicina despersonaliza al dolor involuntariamente e implícitamente cuando lo envuelve en los diagnósticos y en la tecnología. Le suprime su humanidad y olvida que dolor y enfermedad no son lo mismo "

Humanizar el cuidado de los pacientes con dolor, tiene como objetivo no menospreciar el dolor o el sufrimiento, no minimizar su queja dolorosa. Aquellas personas que por sus orígenes sociales, culturales, raciales, expresan o vivencian su sufrimiento de una forma particular, son dignas de toda nuestra atención. Tampoco juzgaremos los medios de los cuales estas personas se valen para expresar su molestia, al contrario utilizaremos su queja, expresión o reporte, como una información valiosa para establecer un diagnostico o instaurar un tratamiento que lo alivie.

Es nuestra responsabilidad la correcta, Segura y oportuna aplicación de medicamentos, tratamientos y terapias en general, consideradas como

procedimientos integrales para el alivio del dolor. La vigilancia clínica de los pacientes con medicaciones o terapéuticas para control del dolor, presupone observación de efectos adversos e intervención oportuna cuando ellos se presentan, evaluación de los resultados para decidir si se continúa con el manejo o si debe ser cambiada la terapéutica cuando el tratamiento falla-

El código de Deontología que aplica a los médicos y que los compromete a esforzarse para aliviar el sufrimiento de los pacientes, aplica también a Enfermería ya que somos miembros vitales del equipo de salud, nuestras intervenciones diarias en el cuidado de los pacientes tiene objetivos de responsabilidad y desempeño de nuestras funciones: Proteger, mantener y restaurar la salud de las personas, su autonomía, sus funciones vitales físicas y psíquicas, siempre teniendo en cuenta su individualidad, el grado de independencia y la capacidad de auto cuidarse. El código de ética para enfermeros y enfermeras del Concejo Internacional de Enfermería (CIE), estipula que el personal de enfermería es responsable de su actuación y de mantener válida su competencia por medio de una educación continuada permanente en el tema de dolor.

El dolor no es evitable. Se puede reconocer y se debe siempre tratar, sin embargo nos hemos acostumbrado a no verlo, a no escuchar y a considerar que el paciente que lo expresa, se queja o es un simulador, o sencillamente que su queja es un proceso lógico de su situación clínica y de su enfermedad. La explicación desde el punto de vista del sentir humano es: Asumimos esta actitud porque la mayoría de las veces, nos afecta, nos duele, lo sentimos como propio. Con mayor afectación, si después de detectar y comunicar esa queja dolorosa de nuestro paciente, no se consiguen los resultados esperados con las prescripciones médicas, si el médico tratante no presta atención a nuestro requerimiento y a la situación del paciente, terminamos manejando un inconsciente colectivo: 'No hay nada que hacer' Entonces podemos concluir: "El dolor que mejor se tolera es el ajeno"

Existen diferencias en el entendimiento y en la percepción del dolor según el sexo, esto último avalado por estudios recientes que lo evidencian, destacándose la revisión publicada en 2009, acerca de la prevalencia del dolor crónico en muestras

representativas de diferentes países, con similar entorno socioeconómico. En siete de los diez estudios, incluidas las diferencias entre hombres y mujeres fueron estadísticamente representativas.

Especialistas en dolor (Algólogos) recomiendan que los profesionales de la salud tenemos que insistir en la necesidad de explicar a nuestros pacientes las verdaderas consecuencias de un acto quirúrgico, de un procedimiento invasivo, de un manejo con medicamentos, más aun si estos generan efectos adversos, desmitificando conceptos erróneos o que solo reflejan la desinformación que acompaña a los pacientes, desinformación de la cual somos responsables quienes supuestamente poseemos el conocimiento y cuestionablemente la verdad a veces.

## 8.2 VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

En pacientes hospitalizados, la prevalencia de dolor se ha estimado en un 61,4%, sin diferencias por sexo; la mayoría presentaban dolor leve. Los pacientes postquirúrgicos tenían más prevalencia de dolor que los no quirúrgicos, aunque la intensidad se mantenía en niveles de dolor moderados.

Otros estudios cifran la prevalencia de dolor postoperatorio entre el 46 y el 53%. En pacientes ingresados en Unidades Quirúrgicas se han encontrado prevalencias del 56,5% de dolor moderado-severo. Las consecuencias de este sentimiento desagradable son el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación.

En la práctica puede haber una baja calidad asistencial en el tratamiento del dolor, debido entre otras causas problemas organizativos, falta de tiempo, falta de motivación, complejidad en el manejo, dificultad para medir el dolor o escaso conocimiento de los mecanismos de acción de los distintos analgésicos y, en general, del tratamiento global del dolor.

En particular, el dolor postoperatorio se sigue tratando de forma inadecuada, objetivándose un deficiente uso de analgésicos opiáceos, por desconocimiento sobre sus características farmacológicas, miedo a efectos secundarios como la depresión respiratoria, vías de administración o pautas inadecuadas.

Entre pacientes hospitalizados la falta de alivio del dolor tiene importantes repercusiones, no sólo por el sufrimiento innecesario sino también por complicaciones y retrasos en las altas, con el consiguiente incremento en los costes asistenciales.

Entre las repercusiones del dolor postoperatorio se han objetivado diversos efectos adversos, entre los que destacan el deterioro de la función respiratoria y las complicaciones cardiocirculatorias por la liberación de catecolaminas causada por la hiperactividad simpática asociada al dolor, sin olvidar complicaciones psicológicas por el impacto emocional del dolor, así como un retraso en la recuperación y rehabilitación del paciente tras la cirugía.

Por tanto, un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costes, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort, algo que cada día demanda más el paciente y la sociedad en general. En distintas publicaciones se recoge cómo la estandarización de programas para el manejo del dolor resulta efectiva.

Un manejo adecuado del dolor empieza por el cribado en busca de la presencia de dolor. En la actualidad y en un esfuerzo por superar esta barrera y hacer del dolor una prioridad, los principios de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) apoyan la valoración del dolor como quinta constante vital.

Los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental en el manejo del dolor a través del conocimiento actual sobre las medidas para mitigar el dolor y adoptando unas buenas prácticas en la valoración y manejo del dolor. Además, tienen la obligación legal y ética de velar por que se utilicen los medios más efectivos con el fin de lograr el bienestar y el alivio del dolor en los pacientes.

### 8.2.1 VALORACIÓN DEL DOLOR

Se debe hacer una valoración, al menos una vez al día, de las personas que potencialmente pueden sufrir dolor mediante preguntas a la familia, al cuidador o al propio paciente sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.



La valoración inicial del dolor se realizará al ingreso, dentro de la valoración inicial de Enfermería. Los parámetros del dolor que valoraremos serán:

- Localización de dolor.
- Factores desencadenantes
- Irradiación del dolor
- Intensidad del dolor.
- Frecuencia temporal (intermitente, continuo).
- Medicación para el alivio del dolor y efectos adversos.

La enfermera responsable del paciente valorará estos parámetros, los registrará en la Historia Clínica (Valoración inicial de Enfermería) y asignará la agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor en función de la valoración realizada.

En el caso de los pacientes con las capacidades verbales y cognitivas íntegras, el autoinforme es la fuente principal para la valoración. En aquellos casos en los que la persona afectada no sea capaz de proporcionar dicho autoinforme, se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia.

Se comunicará al equipo interdisciplinar las conclusiones de la valoración del dolor, el alivio o la ausencia de éste, obtenido con el tratamiento, los objetivos que el paciente espera alcanzar con dicho tratamiento y los efectos que el dolor causa en el enfermo, mediante la descripción de los parámetros obtenidos con una herramienta de valoración estructurada.

Con ayuda del equipo interdisciplinar estableceremos un plan de cuidados compatible con los objetivos, tanto del paciente como de su familia, en lo que concierne al alivio del dolor y teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Los resultados de la valoración.
- Las características basales del dolor.
- Los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor.
- La etiología.
- Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas.

- La intervención para el manejo del dolor.
- Los principales planes de cuidados actuales y futuros.

Abogaremos a favor del paciente para cambiar el plan de cuidados cuando el dolor no remita. Una vez identificada la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debatirá con los demás miembros del equipo interdisciplinar dicho plan. La enfermera respaldará sus recomendaciones basándose en la evidencia adecuada que fundamente la necesidad de ese cambio.

La valoración y revaloraciones periódicas del dolor las establecerá tanto médico como enfermera, de forma programada c/8-6h y/o en función del estado clínico del paciente, dejándolas reflejadas en la programación de las actividades diarias a realizar al paciente (Agrupación de cuidados: valoración del dolor c/8-6h). Se validará la intervención registrando intensidad del dolor (formulario de constantes) y añadiendo nota con la revaloración de los parámetros (si es preciso): localización, alivio o no del dolor, efectos en el sueño y estado de ánimo, nivel de sedación, efectos adversos de la medicación (náuseas, estreñimiento...). Si no procede realizar la intervención (Ej. Paciente duerme), se anulará y anotará motivo. Se tendrá en cuenta las siguientes recomendaciones:

- La detección del dolor se realizará a través de autoinforme, preguntando al propio paciente o a la familia y/o cuidador, sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.
- Se debe llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados.
- Tras la intervención quirúrgica, la valoración se realizará a su llegada a la Unidad y cada 6h postintervención. La enfermera que recibe al paciente realizará la valoración del dolor, la registrará en el formulario de constantes vitales y realizará los cuidados para el manejo del dolor protocolizados. Si no procede realizar la intervención, se anulará y anotará motivo.
- El dolor agudo postoperatorio debe evaluarse con cierta regularidad, en función de la operación y de la intensidad del dolor, con cada nuevo episodio de dolor o

en caso de un dolor inesperado y tras la administración de cada analgésico, teniendo en cuenta el momento en el que alcanza su máximo efecto.

La intensidad del dolor se reevaluará cada vez que aparezca un nuevo episodio de dolor, se realice un nuevo procedimiento que se prevea doloroso, cuando aumente la intensidad, y cuando el dolor no remita con las estrategias que previamente eran eficaces.

Los siguientes parámetros se incluyen en las valoraciones periódicas del dolor.

- Intensidad del dolor actual, calidad y localización.
- Grado de alivio del dolor conseguido – respuesta (disminución según la escala de intensidad del dolor).
- Los efectos del dolor en el sueño y el estado de ánimo.
- Los efectos adversos de la medicación para el tratamiento del dolor (náuseas, estreñimiento).
- El nivel de sedación. Las estrategias, farmacológicas como no farmacológicas, utilizadas para aliviar el dolor.

Se debe valorar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado con alteraciones de las constantes vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre, y ponerlo en conocimiento del médico responsable.

Debemos confirmar con los pacientes o con los cuidadores que las conclusiones de la valoración del dolor (obtenidas por el personal sanitario, el paciente y el cuidador) reflejan realmente la experiencia vivida por el propio paciente.

### 8.2.2 MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

El médico responsable del paciente establecerá cual va a ser el manejo farmacológico del dolor, dejando constar la pauta a seguir en función del tipo de dolor que presente el paciente.

Hay que asegurarse de que la elección de analgésicos se adapta a cada persona, teniendo en cuenta el tipo de dolor (agudo o crónico, irruptivo, nociceptivo,

neuropático,...), la intensidad del dolor, los factores que influyen en la toxicidad del analgésico (la edad, enfermedad...), el estado general de salud, los problemas concomitantes de salud, la respuesta a la medicación previa o actual, los costes para el paciente, la familia y el lugar donde se realizan los cuidados.

Aconsejar el uso del programa más sencillo para la dosificación de los analgésicos y las modalidades de manejo del dolor menos invasivas:

- La vía oral es la ruta preferida para el dolor crónico y el dolor agudo en la fase de curación.
- Tras una cirugía mayor suele elegirse la administración parenteral por vía intravenosa, ya sea en bolo o mediante infusión continua.
- La vía intramuscular no es recomendable en adultos, es dolorosa y poco fiable.
- Asegurarse de que se han prescrito vías alternativas de administración cuando no pueda hacerse a través de la vía oral, teniendo en cuenta tanto las preferencias del paciente como la vía más eficaz y menos invasiva.

### 8.2.3 MANEJO NO FARMACOLÓGICO

Se deben combinar los métodos farmacológicos y no farmacológicos para conseguir un manejo eficaz del dolor.

- Los tratamientos no farmacológicos no se deben utilizar como sustituto del tratamiento farmacológico adecuado.
- La selección de los métodos no farmacológicos debe basarse en las preferencias del paciente así como en los objetivos del tratamiento.
- Antes de aplicar cualquier método no farmacológico, hay que tener en cuenta las contraindicaciones potenciales del mismo.

Se deben establecer estrategias específicas con una eficacia reconocida para ciertos tipos de dolor como son la aplicación superficial de calor o frío, masajes, relajación, visualización, y presión o vibración, salvo contraindicaciones.

Enfermería valorará la utilización de estos métodos, teniendo en cuenta que muchos pacientes pueden pensar que no se les está dando importancia a su dolor. Tiene que ser capaz de dar una explicación adecuada para que el paciente sepa que es un método adyuvante a su tratamiento farmacológico.

- **CAMBIOS POSTURALES** Los cambios posturales son necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor (Ej: peritonitis ) en los que el paciente tiende a la inmovilidad. Algunas posturas como: Flexión de caderas en procesos inflamatorios (apendicitis), alivia el dolor por la relajación del psoas. Anteflexión del tronco, puede mejorar el dolor en procesos de origen pancreático.
- **MEDIDAS AMBIENTALES CONFORTABLES** Temperatura de la habitación confortable, luz ambiental tenue, evitar ruidos, ropa de cama sin arrugas, seca y limpia
- **INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, PSICOEDUCATIVA Y COGNITIVO-CONDUCTUAL** Implantar al inicio del tratamiento intervenciones psicosociales que faciliten la adaptación del paciente y la familia (Grado de recomendación = B) y establecer intervenciones psicoeducativas y cognitivo-conductuales como parte del plan general de cuidados para el manejo del dolor (Grado de recomendación A) (12) pueden ser de gran utilidad.

Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la ansiedad, el miedo y la depresión, lo cual enfatiza la importancia de prestar apoyo psicológico a los pacientes, en especial después de intervenciones agresivas y/o de pronóstico vital incierto.(13) En líneas generales la intervención psicológica en el paciente con dolor, tiene las siguientes finalidades:

- Aliviar y cuando se pueda, eliminar el dolor.
- Aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico de los pacientes.

- Restablecer las funciones y actividades necesarias para que el individuo recupere su autonomía.
- Motivar al paciente para que realice cambios o modificaciones de hábitos, actitudes y conductas inadaptativas.
- Prevenir complicaciones a posteriori, como los bucles ansiedad-dolor-depresión o la cronificación del dolor.

El apoyo social dota a las personas de una red de ayuda, oportunidades y cuidados que también influyen sobre el dolor y su control. Las consecuencias positivas del apoyo social (permitir la descarga emocional, generar sentimientos positivos, proporcionar información sobre procedimientos y acontecimientos, facilitar oportunidades...) contribuyen indirectamente a mejorar los niveles de dolor y a disminuir la intensidad de los cuadros depresivos asociados a ese dolor.

Sin embargo, en ocasiones, la necesidad de aprobación social y de búsqueda de apoyo puede ser un factor que en vez de contribuir al alivio del dolor, suponga una variable incrementadora del mismo, al convertirse el dolor en una llamada de atención que acarrea empeoramiento de la enfermedad.

Debemos valorar las conductas de dolor de los pacientes y su relación con el apoyo social. Conocer el clima afectivo que predomina en el entorno familiar puede ayudarnos a orientar el plan de cuidados.

El personal sanitario debe reforzar comportamientos adaptativos como la actividad y el ejercicio (si no está contraindicado), mientras debe dejar de prestar atención a los desadaptativos y entrenar a los familiares.

Frecuentemente se observa cómo algunos familiares prestan atención de forma sistemática a las quejas, peticiones de ayuda y demás conducta de dolor de los pacientes, relevándoles de muchas de las actividades que requieren esfuerzo.

### 8.3 EL DOLOR, UN CUIDADO

Generalmente como enfermeras, tenemos una actitud de subestimar el dolor, y esto se puede relacionar con varios factores determinantes, entre los cuales se pueden citar:

- **Los relacionados con nuestra propia formación:** si uno explora en busca de esta temática en los currículum de las diferentes instituciones formadoras de la disciplina, puede observar que no hay espacios tan nítidos, distinguidos para el estudio del dolor, no se enseña el dolor como tal, sino como una de las respuestas humanas en una lista de tantas otras a algún hecho en particular, como sería: hipotensión, dolor, sangrado, disminución del sodio sérico, etc. Y no pocas veces se lo relaciona solamente con un problema de índole de tratamiento farmacológico, con lo cual no sería ya competencia disciplinar, sino médica.
- **Los relacionados con la vida cotidiana, con las costumbres.** Hay varios mitos alrededor del dolor, creencias que se repiten y transmiten de boca en boca, de generación en generación; a modo de ejemplo citaremos: “es normal que le duela, toda cirugía duele”, “no puede ser que le duela tanto, si esta cirugía no duele casi”, ante estas frases escuchadas a menudo surgen las preguntas: ¿es el equipo de salud el responsable de la génesis del dolor y no hay disponibilidad de tratamiento para eso? ¿Qué significa que duela poco o mucho? ¿Quién es el único que puede juzgar su dolor? ¿Por qué no creemos en el que dice que le duele? ¿Cómo creará él en nosotros?

Existen otras creencias tales como: “dale un calmante así no se queja más”, “siempre se queja, es su personalidad” “se queja para llamar la atención”, al escuchar estas frases se generan preguntas: ¿Acaso si no se queja es sinónimo de que no nos moleste? ¿Queremos decir que hay personalidades que deben sufrir el dolor?

Hay fuertes creencias religiosas o de la propia vida, de la cultura, que hacen que las personas conceptualicen el sufrimiento de una manera o de otra, y entonces parte del éxito de cuidar a alguien que dice que tiene dolor, es empezar a creer que lo que dice es cierto.

Otro aspecto que se relaciona también es que dentro del equipo de salud hay una tendencia a subvalorar el dolor del que lo padece y pegar directamente a tratamiento del dolor, sólo con la administración farmacológica de drogas, y si ello no da resultado positivo, aparecen entonces esos momentos tan difíciles que se viven entre un paciente que dice “me duele” y un equipo de salud que sigue sin poder aclarar que el dolor es solo como dice la persona que lo siente.

Otra relación y como última, es el paradigma imperante de atención, el paradigma sobre el que se apoya y funcionan los sistemas de salud y sus modelos de atención, con alto perfil biologicista, con una función medicalizada que hace muchos esfuerzos por acercar un aire fresco de antropología cultural al cuidado, pero que aún es paternalista y sin el usuario como eje del sistema.

Por todo lo dicho y ante este panorama, es importante destacar que como profesionales de la enfermería no podemos juzgar la veracidad de la experiencia dolorosa, debemos sí valorarla. Esto creo que es una bisagra en la atención de enfermería, si es que orientamos nuestro modelo de cuidado a ayudar y cuidar a una persona doliente. Debemos tratar de valorar al sujeto dolorido pensando que: “...ha perdido la comodidad, está ansioso e irritable, taquicárdico, taquipneico, fatigado o anoréxico, no confortable, con calambres y temblores, nervios, con náuseas y vómitos....POR DOLOR”. Es así, que al realizar la valoración se tratan de describir todos los signos y síntomas que son los indicadores de un diagnóstico de enfermería cuya causa es el dolor.

Además, no podemos olvidar, que mitigar el dolor, es hacer el bien, que esta conducta responde a un principio ético: beneficencia, por lo tanto, calmar o disminuir el dolor a otros es una conducta moral, un imperativo ético y una responsabilidad profesional.

Si el modelo de atención que impera en el cuidado es el de Virginia Henderson, en la primera etapa de construcción del proceso de atención de enfermería se deberá realizar la valoración según las catorce necesidades, para identificar las manifestaciones y problemas del paciente y la familia; y que ese momento se convierta en una investigación del sujeto y de su contexto total, a fin de poder



diseñar un plan de intervención con acciones propias en relación a la valoración del dolor, al cuidado del medio ambiente, de la posición, de los masajes, de la comunicación. Y también de acciones interdependientes que estarán relacionadas con la administración de analgésicos para ayudar a tal situación, aspecto que no será abordado en esta oportunidad, que es de singular importancia para evitar los eventos adversos que esta práctica condiciona.

Hay varias investigaciones que avalan que como método no farmacológico para mitigar el dolor se encuentra la comunicación como una estrategia de la aplicación de la teoría de la distracción; como también, hay contraparte en otros trabajos que demuestran que el dolor luego de ser atenuado por el fenómeno de la comunicación resulta perceptiblemente mayor o peor, a causa de que el paciente toma conciencia verdadera del mismo. La aplicación de la misma se basa en el supuesto de que el dolor tenga un importante componente psicológico en el cual la cantidad de atención dirigida al estímulo nocivo modula la percepción del dolor. Por todo lo dicho es de singular importancia aquí reconocer y traer a los planes de intervención de las enfermeras el Modelo de atención H. Peplau, en donde se hace relevante la comunicación enferma-paciente. Según Peplau, la enfermera debe ser capaz de entender su propia conducta para ayudar a otros a identificar cuáles son sus dificultades y tener como base los principios de las relaciones humanas para atender los problemas que surjan en cualquier nivel de experiencia. Este modelo se centra en los conceptos de la estructura del proceso interpersonal, que constituyen las bases para la relación paciente-enfermera, para lo cual, la autora identifica cuatro fases en el proceso de la relación:

- Primera fase: Orientación. Aquí el sujeto de cuidado tiene una necesidad no satisfecha, y la enfermera lo ayuda a reconocer y entender su problema y a determinar cuál ayuda necesita. El papel que cumple el profesional de enfermería es de “extraño”, ya que no se conocen, por lo que el paciente debe ser tratado con la cortesía de la presentación.
- Segunda fase: Identificación. En este momento, el paciente inicia la identificación de aquellos que le pueden brindar ayuda para satisfacer sus

necesidades. La enfermera/ro aquí cumple el papel de “a quién recurrir” y determina preguntas y respuestas adecuadas.

- Tercera fase: Explotación El sujeto-paciente va a tomar todo lo que se le ofrece para poder alcanzar objetivos y planear nuevos. El personal de enfermería puede cumplir papel “docente”, “sustituto”, “conductor”. En esta fase se dan relaciones de dependencia, independencia e interdependencia.
- Cuarta fase: Resolución. El paciente siente liberación de su identificación y necesidad de ayuda. Se cumplieron los objetivos previstos. Aquí surge el papel de enfermería de “asesoramiento”.

Debe resaltarse que habrá algunas ocasiones en las cuales el tratamiento parezca inútil, que toda ayuda es insuficiente, que los medicamentos no dan alivio, aún en ese momento, siempre queda algo por hacer, la intervención mejor quizá por parte del personal de enfermería es ofrecer al paciente dolorido la presencia terapéutica, su palabra o su silencio, el contacto físico, su cuidado.

#### 8.4 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON DOLOR.

El cuidado humano se construye a partir de la cohesión ineludible de ciertos elementos. La finalidad de pleno conocimiento de los mismos por parte del profesional del cuidado y su aplicación es, en definitiva que ambos integrantes del proceso, sujeto cuidado y sujeto cuidador, se sientan satisfechos.

Para cuidar a alguien, debemos conocerlo. Necesitamos conocer por ejemplo quien es el otro, cuáles son sus fortalezas y debilidades, cuales sus necesidades y como responder a ellas. Debo saber que es aquello que conduce a su crecimiento. Pero sobre todo debemos conocernos a nosotros mismos, saber nuestros propios poderes y limitaciones.

El saber y los conceptos relacionados con la enfermería, sus fuentes, sus criterios, los tipos de conocimiento posible, el grado con el cada uno resulta cierto y la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido, han sido permanentemente motivo de preocupación para la enfermería. Como profesionales buscamos un

conocimiento fiable y objetivo, para responder a fenómenos de cuidado de la salud humana.

El dolor es uno de los síntomas más temidos por cualquier paciente hospitalizado, independiente a la patología padecida. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión presente o potencial de los tejidos”. Es por lo tanto, una experiencia subjetiva: su vivencia depende de las características de la persona que lo experimenta; aspecto importante a tener en cuenta de cara al tratamiento.

Deberemos identificar componentes físicos y no físicos que componen el concepto de “dolor total” o sufrimiento, que engloba el estímulo físico con los factores psicológicos, sociales y espirituales de las personas afectadas, su contexto y su significado.

- **Actividades de enfermería**

- Valorar el dolor del paciente: ¿Dónde le duele? , ¿desde cuándo? , ¿Cómo es el dolor?
- Verificar con el enfermo:
- Localización.
- Intensidad.
- Calidad (opresivo, quemazón, punzada, como descargas eléctricas, fijo y continuo....).
- Inicio y duración.
- Los efectos que ese dolor tiene sobre el confort y la calidad de la vida del paciente: insomnio, irritabilidad, disminución de la actividad física, alteración de sus relaciones con la familia, etc.

Si identificamos las características del dolor, podremos determinar las medidas más adecuadas para aliviarlo.

- No juzgar el dolor que el paciente dice tener: McCaffery define el dolor de la siguiente forma: “Dolor es lo que el paciente dice que es y no lo que otros “piensan que debería ser”.

Dado que es una experiencia tan subjetiva, debemos creer al enfermo, evitando frases como: -“Aguanta muy poco”, -“Se queja demasiado”, -“Es imposible que le duela porque...”, - “Es que está muy nervioso”, -“La situación no es tan mala como usted piensa”, -“Espere, tengo algo más importante que hacer”, -“Que quiere si es como si le hubiese pasado un camión por encima”

- Administrar el analgésico prescrito por el médico para controlar un determinado tipo de dolor ( son tratamientos individualizados):

Lo más idóneo es anticiparse a la aparición del dolor, administrando analgésicos prescritos a horas fijas, “de reloj”, según la vida media del analgésico en cuestión. Nunca prescribir los calmantes a demanda.

Evaluar y registrar la respuesta al tratamiento.

Evitar la desesperanza y nunca decir frases como: “lo que le puse debería haberle aliviado”, “no puedo hacer nada más para ayudarle”, “ya no le tocan más calmantes”

- Los analgésicos poseen efectos secundarios: las enfermeras deben reconocer esos problemas si aparecen y reforzar la información que el medico hubiera ofrecido al paciente, siempre de forma clara y comprensible
- No usar placebos: “la única conclusión exacta respecto a la persona que reacciona positivamente ante un placebo es que desea muy intensamente el alivio del dolor y que confía en algo o alguien le ayude a obtenerlo” (Goodwin y cols, 1979; McCaffery, 1979) visto así resulta poco ético y abre puertas de la desconfianza.
- Reducir estímulo doloroso siempre que se pueda: - Evitar movimiento innecesario - Hacer que el enfermo adopte las posiciones más adecuadas para evitar el dolor Ayudar a colocarse cómodamente sin tensiones musculares.
- Alterar la percepción del dolor
- Intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso
- Ansiedad
- Insomnio
- Miedo

- Tristeza
- Cansancio
- Depresión
- Abandono social
- Introversión, etc.

Utilizar el entorno en la terapia. Proporcionar una atmósfera adecuada, prestando atención a los detalles: luz, temperatura, olores, música, colores, fotografías, postres, plantas... estas pequeñas cosas pueden hacer que el paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción dolorosa que experimenta.

Animarle a combatir el aburrimiento, utilizando los métodos de distracción que el paciente prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades actuales: ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, pasear, etc. Estos métodos nunca serán por sí solos una alternativa a la medicación.

- Adoptar medidas complementarias para tratar el dolor si se estima oportuno: - Estimulación cutánea: el calor, el frío, el masaje, y la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea - Técnicas cognitivas-conductuales: relajación, hipnosis, refuerzo positivo, musicoterapia, imaginación dirigida, retroalimentación biológica, etc.
- Establecer una comunicación adecuada con el paciente: demostrar un interés sincero por él y su dolor, escucharle activamente, adoptando una actitud empática, siendo consciente de que los pacientes responden a la conducta verbal y no verbal.
- Mantener siempre una actitud tranquila, sosegada, serena ofreciéndole una relación afectuosa, preocupada y comprensiva. Con la familia: promover los potenciales de apoyo de la familia implicándoles el cuidado, reconociendo su labor y favoreciendo el acercamiento que, a veces, la hospitalización interrumpe.

- Dar información: una familia que conoce lo que está sucediendo y las medidas que se están adoptando es más eficaz en el apoyo al enfermo. Avisarles que identifiquen cualquier factor ajeno a la enfermedad que pueda contribuir al aumento del dolor y ante signos de depresión, ansiedad, irritabilidad, etc. Para favorecer una actuación adecuada. Con el resto del equipo: toda la información que se da al paciente debe estar en concordancia con la que den los demás compañeros, estableciendo objetivos y planes de cuidados consensuados entre todos los miembros del equipo.

Además el poder contar con un grupo interdisciplinario y el trabajar en equipo resolverán más eficazmente los problemas y dificultades que surjan.

- Monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas.
- Evaluar, documentar y registrar la evolución del paciente y la consecución de resultados.

Las enfermeras pueden hacer mucho en el control del dolor, quizás no siempre se pueda aliviar, pero es importante estar ahí, escuchando al paciente, apoyándolo para que pueda vivir dignamente hasta el momento de su muerte.

### 8.5 GESTIÓN Y ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA UNIDAD DE DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico constituye uno de los problemas de mayor prevalencia en la medicina actual: afecta en la actualidad al 12 % de la población y es, por ello, una de las cuestiones de máxima actualidad.

El dolor crónico es la causa más frecuente de sufrimiento e incapacidad que compromete la calidad de vida de las personas afectadas, por tanto muy costoso tanto económica como socialmente.

Dado que la gestión del dolor se ha convertido en un indicador relevante de buena práctica clínica y de la calidad asistencial, es imprescindible un óptimo manejo

desde una perspectiva multidisciplinar en el que la enfermera juega un importante papel.

Este papel de la consulta enfermera del dolor pretende ofrecer un plan de atención que refuerce la capacidad de autocuidado del paciente, revierta muchos de los efectos secundarios de cada uno de los tratamientos y las consecuencias que conllevan en su rutina diaria, para la obtención de resultados más satisfactorios y eficientes para el usuario y para el propio sistema sanitario.

En la tarea de mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico, los cuidados enfermeros pueden ayudar a solucionar o mitigar los problemas que presentan mediante la formulación de diagnósticos enfermeros reales o potenciales o colaborando con otros profesionales de la salud.

Determinadas técnicas ya son exclusivas de la enfermera. Una vez pautadas es la enfermera quien informa al paciente, programa la cita, realiza la técnica, vigila los efectos adversos y valora los resultados como es el caso de la iontoforesis, la estimulación eléctrica transcutánea (TENS), la administración de medicación tópica de uso hospitalario (capsaicina 8 %), la realización de las curas postimplantes o las perfusiones de fármacos.

En las unidades del dolor, la enfermera constituye el factor puente entre el paciente, la familia y el resto del equipo asistencial y como miembro de este equipo debe contar con las funciones específicas de programación, coordinación, asistencial y docente.

Un paciente bien informado conocedor del fármaco que debe tomar y de los posibles efectos secundarios va a adherirse al tratamiento de forma correcta y, por tanto, utilizará menos recursos. Una familia conocedora de los signos y síntomas, incluso sabrá transmitir la situación del paciente aunque este no pueda acudir a la consulta.

Enseñar a incluir de forma correcta y estimulante los programas de ejercicio físico e higiene postural en los cuidados prestados por la enfermera es sin duda una de las intervenciones más eficaces a considerar.

Los objetivos planteados para el buen actuar del personal de enfermería son:

Proporcionar cuidados integrales al paciente y familia respondiendo a sus necesidades individuales, proporcionando los máximos niveles de recuperación en la autonomía del individuo a pesar de los límites impuestos por su dolor.

#### Actividades específicas de la enfermera en la unidad del dolor

- **Programar:**
- Citación según prioridad (urgentes: pacientes oncológicos, preferentes: pacientes con procesos vasculares, neurológicos y distróficos).
- Técnicas a realizar en quirófano
- Curas post-quirúrgicas
- Tratamientos
- **Coordinar**
- La información entre el paciente, el médico y la familia
- La relación con los proveedores internos del hospital: farmacia (petición de fármacos, recargas de bombas); admisión (programaciones quirúrgicas)
- La relación entre los diferentes servicios hospitalarios y el equipo asistencial
- **Asistencial**
- Revisar la historia clínica y de enfermería
- Recibir, identificar y acomodar a los pacientes que van a ser sometidos a los diferentes procedimientos Informar al paciente del tratamiento a realizar
- Monitorizar al paciente: controlar los signos y síntomas y medir el nivel de dolor (EVA)
- Canalizar vía venosa, si precisa. Preparar el material necesario para la técnica en cuestión o el fármaco a per fundir.
- Colaborar con el médico durante los procedimientos que sea necesario.



- Realizar el seguimiento del paciente: formarle sobre el comportamiento a seguir tras el procedimiento y observar las posibles reacciones adversas
- Realizar las técnicas de enfermería y confeccionar planes de cuidados
- Realizar curas post-quirúrgicas Informar y recordar al paciente la fecha y hora de su próxima cita, así como la posibilidad de contactar telefónicamente con la Unidad, si lo necesitase, informándole de los horarios disponibles
- Protocolizar todas las actuaciones de terapias no farmacológicas para asesorar al paciente: control del dolor, relajación, ejercicio, etc. que puedan serle aplicadas dependiendo de su proceso
- Valorar, siguiendo el modelo de Virginia Henderson, las respuestas de los pacientes que experimentan dolor crónico. Como complemento y ayuda a esta valoración se usará una serie de cuestionarios validados específicamente para trabajar con dolor crónico: Cuestionario de Salud EuroQol-5D (calidad de vida), DN4 (dolor neuropático) y escala EVA

- ***Docente***

- Explicar que el objetivo del tratamiento del dolor crónico es ayudarlo a sentirse mejor y aumentar su calidad de vida
- Instruir en la fijación de metas razonables y positivas que le permitan asumir la responsabilidad de mejorar su vida a pesar de su dolor
- Concienciar de que los medicamentos habrán de usarse como una herramienta para ayudarlo a lograr sus objetivos, no sólo para reducir el dolor
- Fomentar la administración de medicamentos a horas fijas para mantener niveles en sangre que permitan su eficacia
- Informar de la probabilidad de que entre el tratamiento pautado puedan aparecer los llamados medicamentos coadyuvantes o co-analgésicos (fármacos que sin ser propiamente analgésicos se comportan como tales o potencian su acción)
- Informar de las pautas para mitigar los efectos adversos de los tratamientos
- Prestar apoyo psicológico, intentando cambiar el foco de atención: valorando más los logros conseguidos que al dolor manifestado

- Proporcionar estrategias de modificación de las relaciones familiares para que sea menor su necesidad de basarse en el dolor como medio de control y de interacción social
- Potenciar el aumento de la actividad física y normalizar su nivel de actividad funcional
- Fomentar el aprendizaje de técnicas de relajación, como la meditación, ejercicios de respiración, o relajación muscular progresiva, que puedan ayudarle
- Insistir en la comprensión de la estimulación eléctrica transcutánea, para que resulte efectiva y no contraproducente, e incorporar a la familia en el conocimiento del lugar de colocación de los electrodos
- Desviar su atención del dolor fomentando actividades, ejercicios y conversación ya que el aburrimiento lo empeora
- Impartir talleres específicos: Taller de Escuela de Espalda, Taller de Fibromialgias, Taller postTécnica Invasiva
- Formar al personal de enfermería en lo importante del control del dolor para evitar cronicidades (técnicas de alivio del dolor)

Los profesionales enfermeros llevamos muchos años mejorando día a día nuestra práctica a través de la actualización de conocimientos, procedimientos y protocolos.

La meta en el siglo XXI es trabajar en la gestión clínica optimizando la práctica clínica diaria para conseguir el mayor beneficio para el paciente en las mejores condiciones para el profesional y a un coste asumible. El desarrollo de esta estrategia pasa por identificar, comprender, estabilizar y controlar mejor las áreas de responsabilidad del personal de enfermería.

La metodología de gestión de procesos nos aporta una visión integrada del proceso asistencial, un método de reflexión sobre las necesidades y expectativas de los pacientes y un sistema organizado para la evaluación sistemática y la mejora continua. La selección de aquellos criterios de gestión más adecuados y sus correspondientes indicadores, constituye una de las estrategias más importantes y útiles para la gestión de calidad de una unidad del dolor.

La gestión de la consulta de la unidad de dolor debe comenzar con el análisis de cada situación concreta. Cuando conocemos lo que se realiza en la consulta, estamos en disposición de escoger las soluciones más acertadas. Esto nos permitirá mejorar la utilización de los circuitos organizativos y de la agenda, mejorando la gestión del tiempo.

#### 8.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 6 AÑOS.

Los indicadores de incidencia y prevalencia muestran que el dolor es un problema de salud pública. Pues más del 60% de la población ha sentido dolor al menos una vez en su vida. Si se trata de un niño hospitalizado, al menos el 50% sufrirá dolor físico. Se considera que debido al miedo a la enfermedad, a los tratamientos, al mismo médico o a la superación del entorno familiar el sufrimiento alcanza el 100%.

El dolor en pediatría ha sido infravalorado y tratado de forma inadecuada, fundamentalmente por desconocimiento de la fisiología, fisiopatología y farmacología, entre otros. Otro de sus obstáculos se refiere a la organización hospitalaria; en nuestro país no es una norma el contar con unidades del dolor agudo que puedan realizar un seguimiento puntual del tratamiento con lo cual se consigue un control irregular del dolor.

El tratamiento inadecuado tiene severas repercusiones físicas. Psicoafectivas y socioeconómicas para el paciente, la familia y los servicios públicos de salud. El manejo efectivo del dolor mejora las condiciones generales del paciente, facilita la recuperación y disminuye la estancia hospitalaria.

Ante esta situación es de vital importancia establecer medidas de valoración y control del dolor agudo en niñas y niños hospitalizados con el propósito de lograr niveles de intensidad leve y no necesariamente la supresión del dolor.

Las acciones que deben realizarse para llevar a cabo una buena valoración y atención a los niños con dolor son:

- Identificar las manifestaciones clínicas en los pacientes pediátricos que presentan dolor agudo en áreas de hospitalización o urgencias.
- Establecer el o los instrumentos más eficaces para valorar el dolor agudo en el paciente pediátrico hospitalizado o en áreas de urgencias.
- Determinar las intervenciones farmacológicas más efectivas para el control del dolor agudo en el paciente pediátrico hospitalizado o en áreas de urgencias.
- Especificar las intervenciones no farmacológicas que puedan ser de utilidad para el control del dolor agudo en el paciente pediátrico hospitalizado o en áreas de urgencia.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esa manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

- **Elementos que debe tomar en cuenta el personal de enfermería para la valoración del dolor en pacientes de 3 a 6 años.**
- El dolor y la fiebre son dos síntomas que acompañan a múltiples enfermedades infantiles y son motivo frecuente de consulta. Para poder medir el dolor con similar exactitud a la medición de la temperatura, se hace uso de herramientas para evaluar el dolor de manera más objetiva.
- El diagnóstico del tipo de dolor del niño requiere una exploración meticulosa y exhaustiva, pues el pequeño paciente puede ser incapaz de indicar que tiene dolor y mucho menos describirlo.
- La detección y valoración del dolor se realizarán tomando en cuenta los diferentes grupos de edad, puesto que el niño manifiesta el dolor de diferente modo según los mismos.
- Se recomienda identificar aquellos aspectos que dificultan o impiden el adecuado control del dolor en pacientes pediátricos.

Para el control del dolor postoperatorio, debemos contar con algunos elementos guía que nos ayudarán a decidir las técnicas y elegir los fármacos en cada paciente en particular:

- Los tejidos involucrados; pueden existir componentes nociceptivos somáticos o viscerales del dolor, y en ocasiones neuropáticos siendo el tratamiento diferente en cada caso.
- La intensidad esperada del dolor; ésta dependerá del tipo y extensión del procedimiento, de su duración, la localización segmentaria afectada y de las complicaciones transoperatorias.
- Las condiciones individuales del paciente; los fármacos se seleccionarán tomando en cuenta las limitaciones que represente el estado general del paciente, su edad, enfermedades concomitantes como la insuficiencia renal o hepática, trastornos hematológicos, etc., que contraindiquen el uso de ciertos fármacos.
- Al hablar del dolor en el niño, no solo se debe tener en cuenta las razones anatómicas y físicas ya que la percepción del dolor además de ser un fenómeno biológico se ve influenciado por aspectos psicológicos y del entorno infantil, por lo que una misma situación patológica puede provocar reacciones dolorosas diferentes.
- Se recomienda valorar el dolor como un fenómeno multifactorial con tres componentes; subjetivo, conductual y fisiológico; para lo cual existen métodos de autoevaluación y métodos de heteroevaluación.

Los principales indicadores conductuales del dolor agudo son:

- Expresión facial
- Movimientos y posturas del cuerpo
- Imposibilidad de consuelo
- Llanto
- Gemidos
- Se debe intentar tener la máxima información sobre las distintas variables y dimensiones de la percepción del dolor por el niño, como la localización, intensidad, duración, o frecuencia y también sus cogniciones y reacciones emocionales ante la situación dolorosa.

Es de vital importancia que la enfermera:

- Identifique al paciente con dolor de forma inicial.
- Que evalúe la intensidad del dolor.
- Que verifique que la prescripción del fármaco según el nivel de dolor.
- Que se revalore a los pacientes que presentaron dolor.

Se recomienda el uso de la nemotecnia (**ALICIA**) para la semiología del dolor:

**A**pareció cuando

**L**ocalización del dolor

**I**ntensidad

**C**aracterísticas

**I**rradiación

**A**compañan signos y síntomas, fenómenos que exacerban o mejoran el dolor.

- El nivel de dolor de un niño es un signo vital esencial y debe registrarse regularmente en la documentación clínica.
- La prevención y un buen manejo del dolor son prioridades cuando se trabaja con niños, para lo cual es necesario incorporar y considerar la valoración del dolor como el 5° signo vital; por lo tanto al evaluar los signos vitales, se debe considerar si el niño tiene o no tiene dolor, su intensidad, si la terapia analgésica es adecuada, si hay efectos colaterales de los medicamentos y si requiere terapia de rescate.
- En pacientes hospitalizados, la valoración del dolor debe realizarse como parte de la evaluación inicial y, al menos, una vez por turno.

Intervenciones no farmacológicas para el control del dolor agudo en niños y niñas hospitalizados o en áreas de urgencias.

- Las terapias no farmacológicas como forma de minimizar el dolor es una alternativa eficaz. Los tratamientos no farmacológicos son simples, pero debe haber aceptación del paciente a realizarlos. Tienen el fin de disminuir el dolor y potenciar los recursos saludables del niño enfermo.

- La utilización de estrategias de tratamiento no farmacológico debe formar parte de un abordaje integral del manejo del dolor pero no sustituye a los analgésicos.
- El generar distracción y entretenimiento, produce efectos positivos disminuyendo la percepción del dolor.
- Utilizar métodos de distracción como: observar dibujos animados, hacer burbujas, inflar globos, mirar a través de caleidoscopios, escuchar o decir pequeñas historias o escuchar música para disminuir la percepción del dolor, durante la producción de un estímulo doloroso en los niños y niñas hospitalizados
- Disminuir el estrés en todo paciente pediátrico hospitalizado para mejorar la evolución permitiendo al cuidador estar con él.
- Cuando el paciente pediátrico (niño o niña) tiene un juguete a su lado disminuye su reacción ante un estímulo doloroso al hacerlo sentir más seguro y confortable en el hospital.
- Permitir a la niña o niño tener un objeto de apego transicional durante su hospitalización.
- Se recomienda realizar procedimientos que ocasionan estímulos dolorosos en niñas y niños mientras se encuentran viendo imágenes en movimiento que sean de su agrado.
- En los niños muy pequeños la familia tendrá protagonismo a la hora de calmarlo y al hacer la selección del fármaco. Se debe tener presente que los padres son los mejores aliados del niño durante cualquier evento y podrán ayudar ya sea haciendo terapia conductual o explicando los pasos del procedimiento y las sensaciones que tendrán y al momento del procedimiento, calmando y consolando al niño.
- La presencia de los padres en el área de hospitalización de los niños y niñas, dan mayor seguridad y disminuyen la ansiedad ante el estímulo doloroso.
- Resultados muestran que la terapia musical disminuye la intensidad del dolor, frecuencia cardíaca y respiratoria en los pacientes que escuchan música previamente a la realización de algún procedimiento doloroso disminuyendo el dolor y la tristeza.

- Favorecer la riso terapia en los cuidadores de las niñas y niños hospitalizados.

La buena valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos permite una estancia hospitalaria un poco más satisfactoria y poco traumática en los niños, evita el temor, la inseguridad, etc. Y permite a los padres estar más tranquilos durante el tiempo de hospitalización.

## 8.7 EL DOLOR Y SU MANEJO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos han experimentado un desarrollo significativo en los últimos 10 años. Se conoce como el conjunto de medidas médico-sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y en fase terminal, así como de apoyo a la familia. Su fortalecimiento ha ejercido una influencia positiva en las instituciones sanitarias y servicios sociales e imprimen fuerza a un movimiento solidario en pro de una mejor terminalidad.

El dolor, a pesar de no ser el único síntoma, es el que más angustia genera al paciente y la familia, por ello es prioritario abordarlo de una forma eficaz y precoz. Esta situación determina un enfoque terapéutico diferente, ya que en el paciente terminal el tiempo adquiere una dimensión crucial.

Este hecho implica la necesidad de valorar cuidadosamente la agresividad en las decisiones terapéuticas y el beneficio esperado, comprendiendo que unas horas de dolor en un paciente terminal suponen un gran sufrimiento, añadido a la propia situación de terminalidad. Al tratarlo se evitan numerosas alteraciones orgánicas y psicológicas como consecuencia de la situación álgida.

El dolor, según la Real Academia Española, es la sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, sentimiento de pena y congoja.

Numerosos profesionales no consideran los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor como un asunto de máximo interés, a pesar de ser múltiples los pacientes que mueren con dolores insoportables, ya sea por ignorancia de los facultativos sobre la variedad de fármacos analgésicos existentes, la preocupación excesiva por la dependencia psicológica que provocan en los pacientes, en especial los opiáceos,



escasa educación sobre el tema y la no aplicación de técnicas antiálgicas y paliativas disponibles.

### 8.7.1 ESCALAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se han desarrollado escalas de evaluación con el objetivo de evaluar, reevaluar y comparar el dolor, su aplicación fundamental es la valoración de la respuesta al tratamiento, más que el diagnóstico.

Los instrumentos diseñados son subjetivos, siendo la base de la intensidad del dolor lo que refiere el propio paciente, los hay que miden una única dimensión y los multidimensionales. Las escalas deben contemplar las deficiencias cognitivas del lenguaje y las sensoriales, y las unidimensionales más empleadas en la práctica clínica son:

- Escala numérica de intensidad de dolor. Valora el dolor mediante números que van de mayor a menor en relación con su intensidad, las más empleadas van del 0 al 10, siendo el 0 la ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor. Es clave en personas que padecen de trastornos visuales importantes (figura 1). Para algunos enfermos puede no ser comprensible este tipo de escala.
- Escala descriptiva simple de intensidad de dolor. El paciente expresa la intensidad de su dolor mediante un sistema convencional, unidimensional, donde se valora desde la ausencia del dolor hasta el peor dolor posible.
- Escala visual analógica (EVA). Es el método subjetivo más empleado. Consiste en una línea recta o curva, horizontal o vertical, de 10 cm de longitud, en cuyos extremos se señalan los niveles de dolor mínimo y máximo. El paciente debe marcar con una línea el lugar donde cree que corresponde la intensidad de su dolor. La más empleada es la línea recta horizontal.
- Escala de círculos y colores. Evalúa la intensidad del dolor en correspondencia con la de los colores de los círculos.
- Escala abreviada de rostros. Es la indicada en niños y pacientes con alteraciones cognitivas importantes (demencia).

- Escala de Anderson. Se utiliza principalmente en los pacientes con bajo nivel de conciencia, va del 0 al 5 según los siguientes ítems: 0: no dolor; 1: no dolor en reposo, ligero dolor en la movilización o con la tos; 2: dolor ligero en reposo, moderado en la movilización o con la tos; 3: dolor moderado en reposo, intenso en la movilización o con la tos; 4: dolor intenso en reposo, extremo en la movilización o con la tos; 5: dolor muy intenso en reposo. Es importante realizar valoraciones a los enfermos terminales de forma regular, ya que la sintomatología puede cambiar con gran rapidez. Una valoración apropiada exige considerar las múltiples dimensiones de su expresión en un paciente determinado, sobre todo en los casos con respuesta limitada o nula a los analgésicos administrados de una manera regular.

En el paciente no oncológico, y fundamentalmente en los ancianos, es importante medir otros parámetros además de la intensidad y las características del dolor como son la funcionalidad física y psíquica, el apoyo social y la calidad de vida del paciente mediante la evaluación geriátrica, ya que en estos enfermos lo que se pretende es aumentar su capacidad funcional.

## 8.7.2 ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS

### PRIMER ESCALÓN

Analgésicos no opioides. EVA: 1-3, para el alivio del dolor leve. Este grupo constituye la primera fase de tratamiento del dolor leve o moderado en el paciente que no ha recibido opioides. Poseen techo analgésico, son muy útiles en las metástasis óseas, interfieren en la respuesta inflamatoria y disminuyen síntomas asociados, disminuyen la fiebre y no producen tolerancia, dependencia ni depresión respiratoria. Comprende los analgésicos antipiréticos (aspirina, paracetamol y el metamizol) y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

Se debe considerar para prevenir una complicación grave el tratamiento profiláctico con omeprazol o misoprostol en ancianos, pacientes con enfermedad

cardiovascular, antecedentes de úlcera péptica o de sangrado gastrointestinal previo.

Indicados en el dolor leve o moderado de tipo nociceptivo somático o visceral, solos o asociados con opioides, sobre todo en el dolor moderado o severo. Presentan dos limitaciones importantes, su techo analgésico y los efectos secundarios indeseables por lo cual se debe ser cuidadoso en su empleo en los ancianos. En este grupo se incluyen: ibuprofeno (buena analgesia en picos dolorosos; dosis: 400-600mg /6-8h vía oral); naproxeno (dosis usual 250-500mg /12h vía oral); diclofenaco (dosis usual 50mg /8h vía oral); ketocorolaco (dosis usual 30mg /6h vía oral, endovenosa y subcutánea. Usar por no más de cuatro semanas por riesgo de insuficiencia renal.

## SEGUNDO ESCALÓN

Analgésicos opioides débiles. EVA: 4-6, para el alivio del dolor moderado.

Los opioides de este nivel son la principal clase de analgésicos utilizados para manejar el dolor leve a moderado, por cortos períodos, antes de decidir el uso de agonistas puros más potentes. Los fármacos de este escalón, al igual que los del primero, presentan techo analgésico. Son útiles en el manejo del dolor agudo y crónico moderado, oncológico y no oncológico. Se usan en el dolor crónico no maligno cuando han fallado los tratamientos alternativos o han provocado secundarismos importantes y el dolor es de origen especialmente nociceptivo (óseo, articular, isquémico). Han mostrado ser eficaces en el dolor neuropático severo con una intensidad moderada severa y se acompaña de incapacidad funcional marcada. Siempre se deben evaluar las dosis a emplear en los ancianos.

## TERCER ESCALÓN

Analgésicos opioides fuertes. EVA: 7-10, para el alivio del dolor intenso.

## COADYUVANTES O COANALGÉSICOS

Fármacos que se emplean en los tres escalones, eficaces cuando fracasan los analgésicos tradicionales, son usados para potenciar la acción de analgésicos, AINES y opioides, para disminuir los efectos secundarios de estos y para el tratamiento de síntomas que acompañan al dolor crónico. Importantes en el tratamiento del dolor neuropático. Los más utilizados son: A) Antidepresivos: los tricíclicos son los más eficaces. Su efecto analgésico aparece más rápido (2-3 días)

La OMS ha definido un cuarto escalón en la escalera analgésica ubicando las técnicas intervencionistas. Se utilizan en los casos de dolor difícil cuando se puede prever la ineficacia del tratamiento farmacológico convencional o cuando los efectos secundarios son intolerables a pesar de una analgesia adecuada. Entre estas técnicas se encuentran: la infusión espinal de fármacos, bloqueos nerviosos (neurolysis, bloqueos por radiofrecuencia y técnicas de neuromodulación)

La práctica clínica de evaluación y medición continua del dolor, así como un modelo de clasificación y uso de los analgésicos respecto al grado del dolor y su etiología, ofrecerían una respuesta válida tanto para el dolor agudo como crónico, y para el oncológico y no oncológico, más satisfactoria que la Escalera Analgésica de la OMS que puede ser una barrera y un retraso para el adecuado tratamiento de muchos cuadros dolorosos, al tener que transitar por escalones farmacológicos hasta encontrar el fármaco más adecuado.

Se debe racionalizar la prescripción, evaluar la individualidad de cada paciente e intentar ajustar de inicio los medicamentos que precisa y elegirlos en función de los receptores implicados en la transmisión del dolor.

Los pacientes bajo cuidados paliativos precisan de un abordaje del dolor diferenciado, su situación clínica condicionará el uso de técnicas de tratamiento diferentes a las que se plantean en la situación de dolor crónico. Es más importante cómo, que cuáles analgésicos se usen, y el tratamiento debe ser preventivo. La complejidad del dolor requiere de premisas claras antes de enfrentarlo, la adecuada elección de un analgésico depende de características tales como la etiología, cuantificación e intensidad del dolor, y la edad del enfermo, consideradas de importancia capital a la hora de aplicar un tratamiento correcto.

## 8.8 CUIDADO HUMANIZADO POR ENFERMERÍA RELACIONADO CON LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES.

Los cuidados en nuestra cultura y tiempos históricos actuales necesitan una fuerte reconsideración hacia la humanización de la salud, en la que los cuidados se sitúan ética y profesionalmente.

Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. En tal sentido, es importante que el profesional de enfermería muestre un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo el que así lo requiera.

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería

en la práctica de enfermería profesional se cumplen estándares, procedimientos, pero aún no se cuenta con una norma o protocolos de enfermería que indiquen cómo se debe actuar en la dimensión del cuidado sensible; en la atención de las demandas de cuidados de aquellos que enfrentan los sufrimientos provenientes de la enfermedad. Ni siquiera conseguimos cualificar algunos comportamientos esperados en el proceso del cuidado de aquellos usuarios de los servicios de salud, que buscan resolver los desequilibrios en sus procesos vitales, estando en condiciones reales o de riesgo en relación con los problemas de salud

El profesional de enfermería se ve enfrentado a distintos fenómenos del quehacer, que se centran en las realidades de los pacientes a quienes les brinda cuidado, donde por diversas condiciones, no se tiene la posibilidad de un momento de retroalimentación entre paciente-enfermera(o), que permita el crecimiento de esta diada y el fortalecimiento del cuidado que se brinda. Además, se hace necesaria la

revisión de las condiciones en que se ofrece el cuidado humanizado, los comportamientos, las percepciones de quienes se ven involucrados en él.

Se destaca que el cuidado humanizado es más que brindar un buen trato o sólo satisfacción usuaria, sino la atención que se les entrega en una situación que necesita ser cuidado; de esta forma el equipo de enfermería crece junto al usuario y su familia, se identifican con ellos y les otorgan cuidados holísticos centrados en la persona.

Queda la sensación de que la enfermería aún tiene mucho por hacer y mejorar, que el compromiso seguirá siendo arduo y trabajoso, pero no ha sido fácil y todos los profesionales que forman esta disciplina tienen la fuerza suficiente para hacer de su quehacer algo importante.

Los servicios de salud en el país, y en especial los servicios de hospitalización y de alta complejidad, presentan ambientes estresantes con cargas emocionales que generan sentimientos como el dolor, la tristeza, el sufrimiento, la impotencia, tanto en el sujeto de cuidado como en las enfermeras; en algunas de ellas se producen situaciones de despersonalización del cuidado debido a factores como las reformas en el sistema de salud, el déficit en la operacionalización de estas, los problemas administrativos y organizacionales en la prestación de los servicios de salud, el uso de la tecnología, la carga laboral, las múltiples funciones administrativas, que llevan en cierta medida a alejar al personal de enfermería del contacto con las personas y del verdadero cuidado humanizado

El profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos y, hacer de su práctica diaria un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimenten un cuidado con calidad y sensibilidad humana, que le reporte crecimiento como persona y profesional y genere un impacto transformador en nuestro sistema de salud

La humanización de los cuidados hace referencia a personas en interacción, que saben clarificar sus necesidades, reconocen sus sentimientos y se enfocan

positivamente. Para ello, se requiere formar una enfermera con empatía, capaz de otorgar un cuidado familiar, significativo y gratificante. Cuidar en enfermería implica el conocimiento de la persona a quien se brindará cuidado, conocer sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de los conocimientos que posee la enfermera, requiere manifestarse como persona: única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo

Además, considerada la percepción de cuidado humanizado como una dimensión de la calidad de los servicios, ya que es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que, en la mayoría de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información. Es una dimensión determinada por el contexto sociocultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado

La mayoría de pacientes hospitalizados perciben en mayor grado excelentes y buenos comportamientos de cuidado humanizado brindado por los profesionales de enfermería, se asocia de manera significativa la hospitalización y la percepción de cuidado humanizado de enfermería en los aspectos del estado de salud de los pacientes y el servicio hospitalario.

## **9. CONCLUSIÓN**

Al finalizar la investigación, concluyo que el dolor como interacción de mecanismos internos y externos al paciente es una experiencia individual. Después de haber analizado más a fondo alguno de sus principales conceptos puedo concluir que el dolor es una experiencia sensorial y emocional que se manifiesta de diferente manera en cada cuerpo, para la mayoría cusa una sensación desagradable y lo pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso central.

Es una experiencia asociada a una lesión tisular en la mayoría de los casos en los que se presenta o aparece como síntoma de una posible complicación de otra patología ya existente.

He analizado que desde la antigüedad culturas de todo el orbe han dedicado tiempo, invertido en recursos y hecho incontables esfuerzos por controlar este padecimiento. Desde la aplicación de técnicas de masajes, uso de hierbas, infusiones, el desarrollo de algunas otras alternativas como son los ejercicios de relajación, fisioterapias, terapias psicológicas, acupuntura hasta la actualidad donde el avance de la ciencia ha permitido desarrollar fármacos potentes que ayudan al rápido alivio de este padecimiento.

Fue importante analizar los conceptos históricos del dolor para darme cuenta de que desde las antiguas culturas ya se tenía una idea clara de lo que es el dolor, desde la época de las cavernas donde el dolor solo podía ser explicado como la herida causada por una flecha o el ataque de un animal salvaje, no se conocían como tal las enfermedades y su forma de tratarlas pero si podían identificar en que situaciones se presentaba el dolor. Los egipcios que creían que la causa del dolor interno era resultado de la influencia de sus dioses o que por la noche su cuerpo era invadido por espíritus de los muertos teniendo como consecuencia el dolor. Mientras que en la cultura hindú atribuyó la causa del dolor a los deseos frustrados.

Así, cada cultura existente del mundo dio diferentes interpretaciones y conceptos al dolor y fueron evolucionando hasta nuestros días, se ha ido transformando ese concepto desde ser percibido como un problema emocional hasta darse cuenta de que en realidad puede darse de una forma subjetiva y abarcar varios aspectos de la vida del hombre ya que abarca el cuerpo, teniendo manifestaciones físicas, la mente causando ansiedad e inquietud en quien lo padece, también causando sufrimiento espiritual, imposibilidad de realizar ciertas actividades y de llevar una vida normal.

Para llevar a cabo el correcto manejo del dolor en pacientes hospitalizados se debe hacer una correcta valoración del paciente, para esto se debe tener conocimiento del tipo de dolor que se está padeciendo, es por eso que se ha realizado un análisis del concepto del dolor, así como de su clasificación, tipos y las características que puede presentar en cada paciente.



Puede tratarse de un dolor agudo que es una experiencia, normalmente, de inicio repentino, duración breve en el tiempo y con remisión paralela a la causa que lo produce. Existe una relación estrecha temporal y causal con la lesión tisular o la estimulación nociceptiva provocada por una enfermedad. De manera menos frecuente, puede asociarse etiológicamente con un proceso Neuropático, por ejemplo la neuralgia del trigémino. Su duración se extiende desde pocos minutos a varias semanas.

Una ventaja de que se presente dolor agudo en uno de nuestros pacientes hospitalizados es que sabemos que el padecimiento va a durar poco, sin embargo se debe poner especial atención cuando se presente, ya que puede ser de gran utilidad en la confirmación del diagnóstico del paciente o ser indicativo de nuevas complicaciones o una nueva patología en el paciente. Además como parte del trabajo de Enfermería y de brindar cuidados humanizados, se debe evitar el sufrimiento del paciente, buscando siempre su bienestar.

En cambio al detectar un paciente con dolor crónico, la atención brindada por el personal de enfermería debe ser diferente, ya que es un padecimiento que afecta al paciente de forma recurrente, el cual debe tener un tratamiento farmacológico adecuado para su control.

Puedo concluir que para brindar una atención integral que tenga como consecuencia la satisfacción del paciente y sobre todo lograr la recuperación de su salud, el personal de enfermería debe tener conocimiento sobre el padecimiento de cada paciente, las manifestaciones clínicas de cada enfermedad y las posibles complicaciones que esta puede tener.

Además se debe tomar en cuenta el sufrimiento del paciente mientras está hospitalizado, como parte de los cuidados humanizados, entender las dificultades que tiene el paciente no solo por padecer una enfermedad, también por encontrarse en un entorno desconocido, fuera de su zona de confort, estar expuesto en ocasiones frente a personas que no conoce.

Nuestra labor es buscar siempre cubrir las necesidades de nuestros pacientes, una forma de lograr más fácil nuestros objetivos es interactuar más con ellos, darnos cuenta de las causas de su sufrimiento y de cómo podemos actuar para mejorar su estancia hospitalaria.

La encuesta realizada para evaluar el nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre el dolor así como el correcto manejo en pacientes hospitalizados con este padecimiento y las intervenciones a realizar se llevó a cabo por medio de una encuesta dirigida a los pacientes hospitalizados para detectar si en realidad el personal de enfermería realiza una buena valoración del estado de salud de sus pacientes, si identifica correctamente los signos y síntomas que se presentan en un paciente con dolor, si explica correctamente al paciente su padecimiento y busca intervenciones y cuidados que ayuden a la mejora o en su caso la eliminación total de esta patología. La encuesta fue aplicada a 40 pacientes y los resultados arrojaron lo siguiente:

- 37 pacientes tienen conocimiento sobre que es dolor, esto permite que se pueda evaluar si está recibiendo atención adecuada si el padecimiento se presenta durante su estancia en el hospital.
- 30 pacientes refieren que han presentado algún tipo de dolor durante su hospitalización y además 32 pacientes dicen haberlo padecido de manera recurrente, lo que comprueba que este padecimiento es una causa importante de hospitalización en Morelia Michoacán.
- 22 pacientes encuestados identifican algunos signos y síntomas que se presentan ante este padecimiento, es poco más del 50% lo que refleja que es necesario que el personal de enfermería dedique más tiempo para complementar la información que el paciente ya tiene.
- Más del 50 por ciento de los pacientes encuestados refieren que el dolor que padecen afecta su estado físico, retrasa su recuperación y además afecta también su estado mental, causando sufrimiento, ansiedad e inquietud, lo que empeora su estado de salud.
- Solo 4 pacientes dicen que el personal de enfermería les ha explicado los tipos de dolor que pueden padecer y como identificarlos, esto comprueba que

realmente existe un déficit de conocimiento en el personal de enfermería y que es necesario implementar nuevas alternativas para mejorar el conocimiento enfermero y por lo tanto la calidad de la atención de enfermería.

- 32 pacientes refieren haberle comentado al personal de Enfermería en el momento de estar sufriendo dolor y solo 15 pacientes dicen que fueron atendidos o fueron tomados en cuenta.
- 20 pacientes dicen que el personal de enfermería explicó las causas del dolor demostrando que los profesionales de enfermería si tienen conocimiento del por qué se presenta éste padecimiento sin embargo solo 9 pacientes señalan que el personal de enfermería avisó de su padecimiento al médico y se dio un seguimiento después de haber avisado.
- Solo 15 pacientes señalan que el personal de enfermería brindó algún cuidado, intervención o hizo alguna actividad que ayude a mitigar el padecimiento demostrando entonces que el personal de enfermería no tiene el conocimiento suficiente para dar un manejo adecuado a esta patología.
- 27 pacientes refieren que la atención de enfermería es vital para su recuperación, dato que si relacionamos con la interrogante anterior es alarmante ya que podemos darnos cuenta que los pacientes dependen directamente del cuidado y atención del personal de enfermería y si no se tiene la capacidad para brindar esa atención de una manera adecuada realmente no se están cumpliendo los objetivos de nuestra profesión.
- La siguiente interrogante también está directamente relacionada con las 2 anteriores ya que 32 pacientes coinciden en que la atención de enfermería les causa bienestar y ayuda a su rápida recuperación.
- Los resultados también indican que algunos pacientes han recurrido a tratamientos alternativos para el alivio del dolor y el 25% de los encuestados refiere haber tenido buenos resultados anteriormente lo que refleja que puede ser una buena opción implementar o combinar este tipo de tratamientos con el tratamiento farmacológico indicado.

- La mayoría de los pacientes encuestados no tiene conocimiento sobre las clínicas del dolor pero consideran que sería importante saber más y que sean implementadas como un servicio nuevo en los hospitales.

Los resultados reflejados anteriormente reflejan que si es de suma importancia que el personal de enfermería tenga conocimiento sobre el dolor, las causas, clasificación, tipos, algunos síntomas y signos que se presentan así como del manejo adecuado por parte del personal de enfermería para apoyar a la mejoría de los pacientes hospitalizados, mejorar su estancia hospitalaria aminorando su sufrimiento y brindando satisfacción con los servicios prestados.

Sin embargo reflejan también la falta de conocimiento sobre dicha patología pero sobre todo la falta de atención a los pacientes por parte del personal, realmente hace falta crear una conciencia sobre cuidados humanizados en la enfermera, que se den cuenta del sufrimiento del paciente y se busquen alternativas e intervenciones que ayuden al profesional de enfermería al logro de sus objetivos, lograr la recuperación el paciente, mejorar su calidad de vida y lograr brindar una atención de forma integral.

## **10. BIBLIOGRAFÍA**

### 10.1 BÁSICA

- Casanovas Segarra, M. (2011) La valoración del dolor por los profesionales de Enfermería. Impacto en el tratamiento y bienestar del paciente. Enfermería Clínica. España.
- Vázquez Calatayud, Mónica; Eseverri Azcoiti, M<sup>a</sup> Carmen. El concepto de salud desde la perspectiva de Jean Watson. Obtenido de enfermeria21.com
- Ferrandiz M. Fisiopatología del dolor. Unidad del dolor, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. [www.academia.cat/societats/dolor/arxius/fisiodolor](http://www.academia.cat/societats/dolor/arxius/fisiodolor)
- WerawatganonT, Charuluxanun S. Analgesia controlada por el paciente con opiáceos intravenosos versus analgesia epidural continúa para el dolor después de una cirugía intraabdominal. Cochrane Library Plus 2017. N<sup>o</sup>1
- Ardua, R. (2017). Análisis Experimental del Comportamiento y Psicología de la Salud. Psicología conductual. 5 (3), 435-443.
- Bayés, R. (1991). Psicología oncológica. Barcelona: Martínez Roca. Boyle, G., E. Fernández y G. Ortet. (2013). El cuestionario de dolor de McGill

(McGill Pain Questionnaire-MPQ): consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Psicología*. 12, 1 11- 119.

- Breijo, F. (2016). Tipos de cefaleas. Consultado el 25-03-2016
- Donker, F. (2011). Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico. En *Manual de Psicología Aplicada*.
- Gutiérrez, G. y L. Cadena. (2011). Breve reseña histórica sobre el estudio del dolor. *Medunab*. 4 (10), 1-5.
- Díaz-García M. I. Conceptualización y Evaluación del Dolor Desde una Perspectiva Cognitiva-Conductual. *Actualizaciones en Dolor*. Facultad de Psicología UNED. Madrid. 2011 Dic;4(2):231-237.
- Comanche M, Lasa A. Aspectos Cognitivos de la Percepción del Dolor. *Actualizaciones del Dolor*. Facultad de Psicología UNED. Madrid. 2011;4(2):262-269.
- Cuenca-Zamora R. Evaluación de un Tratamiento Interdisciplinario del Dolor Crónico de Columna Lumbar Usando el Cuestionario Dallas para Dolor. *Dallas Texas*. 2014 Ago; 16:2-23.
- Vallejo M. Aspectos Psicológicos y Dolor en Atención Primaria. *Actualizaciones en Dolor*. Facultad de Psicología UNED. Madrid. 2011;4(2):229-230.
- Torres JC, Cabrera GI, Martínez R, Tenopala S. Uso de bupivacaína y morfina espinal para manejo del dolor postoperatorio en cirugía ginecológica. *Rev Mex Anestesiología* 2011;1(4):208.
- Ortega, RM., Sánchez, MD., García, M., Cruz, O., Romero, RM., y Fang, MA. (2015). "Orientación del manejo del dolor por el personal de enfermería al paciente hospitalizado", en *Desarrollo Científico de Enfermería*. 13(9): 267-270
- Peñarrieta, I., Del Ángel, E., García, M., Vergel, S., González, E y Zavala, M. (2016). "Manejo del dolor y la satisfacción de los pacientes posoperados", en *Desarrollo Científico de Enfermería*. 14(1): 20-26.
- Vergara, E, Córdoba, E, Orueta, M., Hernández, D. (2013). "Manejo del dolor posoperatorio en el Hospital General de Zona No. 36, Ciudad Cardel, Veracruz. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 26(3): 154-157.
- Zavala, M., Fang, M., Rivera, B. y Ortega, R. (2005). "Manejo del dolor por el personal de enfermería", en *Revista Clínica Dolor y Terapia*. 4(1): 11-16.
- Casanovas Segarra, M (2014). La valoración del dolor por los Profesionales de Enfermería. Impacto en el tratamiento y bienestar del paciente. *Enfermería clínica*. España.
- Consejo Internacional de Enfermeras CIE (2014). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería CH. Ginebra Suiza.
- Martínez Ripol, P y Ribeda Cánida M (2013). La medicación del dolor, Servicio de anestesiología. Unidad del dolor. Universidad Vall d'Hebron. Barcelona

- Peplau, Hildegard E. teorías de Enfermería de nivel medio. Enfermería psicodinámica 2014.
- Pérez Cajaraville 1, D Abejón2, J. R Ortiz (2014). El Dolor y su tratamiento a través de la Historia. Rev. Soc. esp. Dolor: 373-384
- Ortega, R.M (2014) “cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de Enfermería y usuarios de salud” en cultura de los cuidados.
- Ortega, R.M, Sánchez M.D, García, M. cruz, O y Fang, MA (2015) “orientación del manejo del dolor por el personal de enfermería al paciente hospitalizado”, en Desarrollo Científico de Enfermería, 13(9): 267-720
- Peñarrieta, I., Del Ángel, E., García, M., Vergel, S., González, E y Zavala, M. (2016). "Manejo del dolor y la satisfacción de los pacientes pos operados", en Desarrollo Científico de Enfermería. 14(1): 20-26.
- Vergara, E, Córdoba, E, Orueta, M., Hernández, D. (2013). "Manejo del dolor posoperatorio en el Hospital General de Zona No. 36, Ciudad Cardel, Veracruz. Revista Mexicana de Anestesiología, 26(3): 154-157.
- Zavala, M., Fang, M., Rivera, B. y Ortega, R. (2015). "Manejo del dolor por el personal de enfermería", en Revista Clínica Dolor y Terapia. 4(I): 11-16.
- Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor 2013; 8: 194 – 211.
- (6) Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev Soc Esp Dolor 2014; 11:197 – 202.
- Balibrea JL, López-Timoneda F, Acín F, Cabero L, Moreno-González A, Ayala LE. El Proyecto MADAI: Un estudio epidemiológico sobre el abordaje y manejo del dolor agudo periquirúrgico. Rev Soc Esp Dolor. 2018;15(4): 209 – 218.
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo del dolor. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario; 2015.
- Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor Postoperatorio. Alteraciones Fisiopatológicas y sus repercusiones. Rev Soc Esp Dolor. 2012; 7:465-476.
- Rodríguez Franco I, Cano García J. Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. Actualizaciones en Dolor. 2015; 2(4): 279-288.
- Comeche Moreno MI, Vallejo Pareja MA. Dolor Crónico. En: Vallejo Pareja MA (dir.). Manual de terapia de Conducta. Volumen II. Madrid. Ed. Dykinson. 2015: 340-370.
- Benito G, Nadador V, Fernández-Alcantud J, Hernández-Salvan J, Ruiz-Castro M, Riquelme I. Intervenciones del Psicólogo en las Clínicas del Dolor: Una propuesta desde la experiencia de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid. Rev. Soc. Esp. Dolor . 2016;13(4): 254-262.

- Carapia-Sadurni A, Mejía-Terrazas GE, Nacif-Gobera L, Hernández-Ordóñez N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Rev Mex Anest.* 2015; 34 (4): 260-263.

## 10.2 COMPLEMENTARIA

- Fitzpatrick R, Newman H Scambler G, Thompson J. La enfermedad como experiencia. México: FCE, 2015.
- Clark P. Medición clínica del dolor. *Rev Mex Reumatol* 2013; 4-9.
- Estándares de Acreditación para Hospitales de Joint Commission International 5ª Ed. Illinois (EEUU): Joint Commission Resources; c2014. Sección II, Estándares centrados en el paciente; p. 21-147.
- <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-dolor-agudo-en-S0716864017300391>
- Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, García-Ramos G, HernándezJiménez S; Grupo de Consenso para el Manejo del Dolor Neuropático. Parámetros de práctica para el manejo del dolor neuropático. *Rev Invest Clin* 2016;58:126-138.
- Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Delille-Fuentes R, Hernández Ortiz A, Carrillo-Esper R, Moyao-García D. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. *Cir Ciruj* 2015;73:223-232.
- A B. Arranz Álvarez, J M. Tricás Moreno, et al. Tratamiento del dolor. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol* 2015;2:167-80.
- R. Cobos Romana. Acupuntura, electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor.* 2013; 20(5): 263-277.
- Muñoz Avila JA, Torres Murillo JM, Calderón de la Barca Gázquez JM, García Criado EI, Jiménez Murillo LM. Manejo del paciente con dolor torácico agudo en Atención Primaria. *Semergen.* 24(2):137-45.
- Casado, M. I, Moix, J. y Vidal, J. (2012). Etiología, cronificación y tratamiento el dolor lumbar. *Cínica y Salud*, 19, 379-392

- Redondo, M. M., León, L., Pérez-Nieto, M. A., Jover, J. A. y Abasolo, L. (2014). El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clínica y Salud*, 19, 359-378.
- Guevara U. Cual es la vía de administración ideal para los agonistas parciales en el alivio del dolor postquirúrgico. *Rev Mex Anesthesiol* 2015;18:194-200.
- Ortega, R.M. (2016). "Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos", en *Cultura de los Cuidados*. 10(9): 63-72
- Charrier J, Ritter B. El plan de cuidados estandarizado: un soporte del diagnóstico enfermero -elaboración y puesta en práctica. Barcelona: Editorial Masson; 2015.
- Charrier J, Ritter B. El plan de cuidados estandarizado: un soporte del diagnóstico enfermero -elaboración y puesta en práctica. Barcelona: Editorial Masson; 2005.
- Borel J, Sivanto M. Gestión de calidad en anestesiología. *Rev Arg Anesthesiol* 2018;66:71-82.
- Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial* 2014;17:305-11.
- Soto J. Medicina basada en la evidencia: una inevitable realidad para el siglo XXI. *Med Clin (Barc)* 1999;113:655-7.
- Mora Martínez JR, Ferrer Arnedo C, Ramos Quirós E. Gestión clínica por procesos: mapas de procesos de enfermería en centros de salud. *Rev Adm Sanit* 2014;6: 135-59.
- Mendoza C, Martínez MJ, González MJ, De Maya MC,
- Gómez D. El conocimiento de la actividad asistencial: ¿otro factor profesional relacionado con la utilización? *Aten Primaria* 2013; 25:107-17.
- Fernández MI, Asenjo M, Fernández E, Martínez M, Molina G, Moreno A. Efectividad de medidas organizativas en la mejora de gestión del programa de cita previa. *Aten Primaria* 2014; 20:287-92.
- Estol, P. Diagnóstico de la maduración pulmonar fetal. *RevMedUruguay* 2014; 6: 48-57.



- Educación médica continuada. Ruptura prematura de membranas. Disponible en <http://telesalud.ucaldas.edu.co/rmc/articulos/v8e3a4.htm>
- Sepúlveda, Waldo H.; Araneda C., Heriberto; Brandell T., Liliana; Contreras D., Víctor; Varela M., Jorge. Evaluación de la madurez pulmonar fetal por la densidad óptica del líquido amniótico y prueba de Clements modificada. Rev. chil. obstet. ginecol; 53(5):261-7, 2015.
- Jiménez Díaz, S. Líquido amniótico. Disponible en: <http://aebm.org/jornadas/liquidos/Jornada%2012%20OCTUBRE%20AEBM.pdf>
- PINO, Paola et al. COMPARACION DEL INDICE LECITINA/ESFINGOMIELINA VERSUS FOSFATIDILGLICEROL EN LA EVALUACION DE LA MADUREZ PULMONAR FETAL. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2015, vol. 67, no. 6 [citado 2009-05-04], pp. 476-480
- 6. López Canales, J R. Pruebas de madurez fetal. Pruebas de madurez fetal. REV. MEDICA HONDUR. VOL. 52 –2014.
- López, Imedio: Enfermería en Cuidados Paliativos-, Eulalía, Ed. Panamericana, Madrid, 1998 - Galve Calvo, Elena:
- Galve Calvo, Elena: “Cuidados Paliativos una labor de todos, manejo de los síntomas más frecuentes en cuidados paliativos”, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Miró J (Ed.). Dolor crónico: Procedimiento de evaluación e intervención psicológica. Barcelona: Desclée de Brouwer; 2014.
- Padrol A, Pérez-Esquiva M, Olona M, Francesch A, Tomas I, Rull M. Estudio de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. Rev Soc Esp Dolor 2015; 8: 555 – 561.
- Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols C, Mínguez S, Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor del Institut Municipal d’Assistència Sanitària (IMAS). El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. Rev Soc Esp Dolor. 2015;16(6): 314 – 322.

## 11. GLOSARIO

### A.

- ANALGESIA: Que se padece a lo largo de mucho tiempo.
- ANALGÉSICO: medicamentos que alivian o reducen el dolor.
- ANTIBIÓTICO: Sustancia química que producen ciertos hongos y que destruye microorganismos, especialmente las bacterias.
- ANTÍDOTO: Sustancia o medicamento que sirve para neutralizar o contrarrestar los efectos de un veneno o de un agente tóxico
- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería.
- ATENCIÓN INTEGRAL: conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades esenciales para preservar la vida y aquellas relacionadas con el desarrollo y aprendizaje humano, acorde con sus características, necesidades e intereses.
- ATENCIÓN: Acto que muestra que se está atento al bienestar o seguridad de una persona o muestra respeto, cortesía o afecto hacia alguien.
- AUTOMEDICACIÓN: Uso de medicamentos que realiza una persona para sí misma sin prescripción médica.

## B.

- **BACTERIA**: microorganismos procariotas que presentan un tamaño de unos pocos micrómetros (por lo general entre 0,5 y 5  $\mu\text{m}$  de longitud) y diversas formas, incluyendo filamentos, esferas (cocos), barras (bacilos), sacacorchos (vibrios) y hélices (espirilos).
- **BACTERIOSTÁTICO**: Sustancia que dificulta la reproducción bacteriana. Una sustancia bacteriostática no produce la muerte de las bacterias, pero al dificultar o impedir su reproducción la cepa bacteriana envejece y desaparece.
- **BIENESTAR PERSONAL**: conjunto de aquellas cosas que se necesitan para vivir bien. Dinero para satisfacer las necesidades materiales, salud, tiempo para el ocio y relaciones afectivas sanas son algunas de las cuestiones que hacen al bienestar de una persona.
- **BIENESTAR**: Estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad.
- **BIOLOGÍA**: Ciencia que estudia la estructura de los seres vivos y de sus procesos vitales

## C.

- **CALIDAD**: Conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie.
- **CAUSA**: Cosa a la que se debe que ocurra otra cosa determinada.
- **CIRUGÍA**: Parte de la medicina que se ocupa de curar las enfermedades, malformaciones, traumatismos, etc., mediante operaciones manuales o instrumentales
- **COADYUVAR**: Contribuir o ayudar a la consecución de una cosa
- **CONTRAINDICACIÓN**: situación específica en la cual no se debe utilizar un fármaco, un procedimiento o una cirugía, ya que puede ser dañino para la persona.
- **CRÓNICO**: Que se padece a lo largo de mucho tiempo.

- CUIDADO DE ENFERMERÍA: Atención que se brinda al paciente con el objetivo de restablecer la salud.
- CUIDADO: Modo de actuar de la persona que pone interés y atención en lo que hace para que salga lo mejor posible.

## D.

- DEPENDENCIA: Estado mental y físico patológico en que una persona necesita un determinado estímulo para lograr una sensación de bienestar.
- DIAGNÓSTICO: De la diagnosis o relacionado con ella
- DOLOR CRÓNICO: El dolor crónico es el dolor que dura más de seis meses. Puede clasificarse en dolor no maligno y maligno.
- DOLOR POSTOPERATORIO: el que tiene lugar después de una operación quirúrgica.
- DOLOR: Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.
- DOSIS: Cantidad de algo, especialmente la de un medicamento o una droga que se ingiere en una toma.

## E.

ELECTROANÁLISIS Análisis químico realizado con ayuda de la corriente eléctrica

ELECTROANESTECIA Utilización de una corriente eléctrica para producir anestesia local o general.

ELECTROFOTOTERAPIA Método terapéutico para tratar ciertas enfermedades por medio de los rayos ultravioletas.

ENFERMERIA: Conjunto de conocimientos requeridos para obtener el título de enfermero.

EPISTAXIS Salida de sangre por las fosas nasales.

ESTASIS. Estancamiento de la sangre o de otro líquido en cualquier parte del cuerpo

ESTAXIS: Hemorragia lenta que ocurre gota a gota.

## F.

- FARMACOLOGÍA Ciencia que trata sobre el origen, naturaleza, química, efectos y utilización de los medicamentos; comprenden la farmacognosia, la farmacocinética, la fármaco dinámica, la terapéutica farmacológica y la toxicología.
- FIEBRE. Aumento de la temperatura corporal sobre cifras normales; d.t. pirexia. Puede depender de estados fisiológicos de la índole de ovulación, ejercicio enérgico, o de estados como exceso de la secreción de hormonas tiroideas, lesión del sistema nervioso central o infección por microorganismos, o de multitud de estados no infecciosos, como los que acompañan a la inflamación o que resultan de la liberación de sustancias pirógenas
- FILAMENTO Fibra o hilo delicados.
- FILTRACIÓN Paso de un líquido a través de un filtro, por virtud de acción de la gravedad, presión o vacío (aspiración).
- FISIOMETRÍA Medición de las funciones fisiológicas del cuerpo mediante métodos serológicos y fisiológicos.
- FLUJO Derrame o evacuación abundante al exterior de un líquido normal o patológico.2. Volumen de un, líquido que fluye a través de un órgano o de una parte en tiempo específico
- FRAGILIDAD Susceptibilidad o falta de resistencia a factores que pueden causar desorganización de la continuidad o la integridad
- FRAGMENTACIÓN División en fragmentos.2. Una forma de re-producción que se advierte en algunos organismos, como los platelmintos, en que la que el cuerpo del padre puede romperse en vario segmentos, cada uno de los cuales regenera las parte faltantes y se convierte en un animal completo.

## G.

- GAMMAGRAFÍA un estudio que usa rayos X o isótopos radiactivos para producir imágenes de los órganos internos del cuerpo
- GEN segmento del ADN que contiene información sobre las características hereditarias tales como el color del cabello, el color de los ojos y la estatura, así como la susceptibilidad para ciertas enfermedades.
- GENOMA el ADN total de una sola célula, lo que representa toda la información genética del organismo.
- GLÁNDULAS una célula o grupo de células que producen y liberan sustancias que se usan en los alrededores o en otra parte del cuerpo.
- GLÓBULOS BLANCOS hay varios tipos de células sanguíneas que ayudan a defender el cuerpo contra las infecciones. Ciertos tratamientos contra el cáncer tales como la quimioterapia, pueden reducir el número de estas células y hacer que una persona tenga más probabilidades de contraer
- GLÓBULOS ROJOS células sanguíneas que contienen hemoglobina, la sustancia que transporta el oxígeno a otros tejidos del cuerpo.

## H.

- HEMATÓLOGO médico que se especializa en las enfermedades de la sangre y de los tejidos formadores de sangre.
- HEMATOMA acumulación de sangre fuera de un vaso sanguíneo producida por una hemorragia o una lesión
- HIPERPLASIA abundante crecimiento de células o tejido en un área específica, tales como el revestimiento de la próstata.
- HEMOCULTIVO  
Cultivo de sangre. / Técnica de laboratorio mediante la cual se favorece el crecimiento de los microorganismos que existan en la sangre.
- HEMOPTISIS  
Expulsión de sangre con la tos procedente del aparato respiratorio. Sangre procedente de las vías aéreas
- HEMOSTASIA

Coagulación. / Cortar la hemorragia. Por medios naturales o artificiales. / Mecanismos por los cuales la sangre se mantiene líquida en los vasos sanguíneos.

- HIDROFOBIA  
Temor mórbido al agua.

## I.

- I.A.M.  
Infarto Agudo de Miocardio. Ver INFARTO DE MIOCARDIO.
- I.L.T.  
INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA. / Dan lugar a la Incapacidad Laboral Transitoria, los estados de enfermedad o accidente (común o laboral), así como la situación de maternidad.
- ICTERICIA  
Coloración amarillenta de piel, mucosas y secreciones por la presencia de pigmentos biliares (Bilirrubina). Es un signo que aparece en las anemias, en las hepatopatías y en la patología de la vía biliar.
- INCIDENCIA el número de casos nuevos de una enfermedad que ocurre en una población cada año.
- INCONTINENCIA pérdida parcial o completa del control urinario.
- INMUNOLOGÍA estudio de la forma en la que el cuerpo hace resistencia a las infecciones y a ciertas otras enfermedades. El conocimiento obtenido en este campo es importante para los tratamientos del cáncer basados en los principios de la inmunología.
- INMUNOTERAPIA tratamientos que promueven o apoyan la respuesta del sistema inmunológico del cuerpo a una enfermedad tal como el cáncer.
- IMPÉTIGO  
Infección de la piel producida por bacterias y que afecta principalmente a niños pequeños. Sin ser una enfermedad grave, debe ser tratada cuanto antes por ser muy contagiosa.

## J.

- JARABE son líquidos de consistencia viscosa que por lo general contienen soluciones concentradas de azúcares, como la sacarosa, en agua o en otro líquido. Los jarabes se usan desde hace mucho tiempo y antes de descubrirse el azúcar, se preparaban con miel. Su empleo se generalizó ampliamente porque enmascaran el sabor desagradable de algunas drogas y se conservan por más tiempo.
- JERINGA consiste de un émbolo insertado en un tubo, que tiene una pequeña apertura en uno de sus extremos. Son utilizadas para introducir pequeñas cantidades de gases o líquidos en áreas inaccesibles. Normalmente se la llena introduciendo la aguja en el líquido y tirando del émbolo

## K.

- KWASHIORKOR
- Enfermedad grave debida a una malnutrición proteico-calórica severa, caracterizada por edema, alteración del crecimiento, anemia, lesiones en piel y mucosas atribuidas a la deficiencia de vitaminas.
- KINESIOTERAPIA es el arte y la ciencia del tratamiento de enfermedades y lesiones mediante el movimiento. Está englobada en el área de conocimiento de la fisioterapia y debe ser realizada por un fisioterapeuta bajo prescripción médica
- KANAMICINA es un antibiótico del grupo de los aminoglucósidos, de amplio espectro, bactericida, activo sobre bacterias Gram positivas, Gram negativas y Mycobacterium, por lo que se indica en una amplia gama de infecciones. La kanamicina se aísla de la bacteria Streptomyces kanamyceticus. Debido a su frecuente toxicidad, el uso de kanamicina se ha limitado últimamente al uso oral y tópico

## L.

LAMINECTOMIA es una cirugía para extirpar parte de una vértebra de la columna vertebral.

LARINGOSCOPIO



Es un instrumento médico simple que sirve principalmente para examinar la glotis y las cuerdas vocales

### LEUCEMIAS

Son NEOPLASIAS que afectan a la médula ósea, sistema linfático y bazo. Se caracteriza por presentar un aumento desorganizado e irregular de los Leucocitos. No se sabe la causa, pero sí se conocen factores que influyen, como dosis alta de radiación.

### LEUCOCITOS

También llamados GLÓBULOS BLANCOS, hay entre 9.000 y 10.000 unidades por mm<sup>3</sup> de sangre. Actúan defendiendo al organismo de los agentes nocivos.

### LIPOTIMIA

Disminución parcial o total de la irrigación cerebral que puede ocasionar la pérdida total de conciencia.

LISIS Destrucción de una célula o de un tejido.

## **M.**

- MEDICAMENTO Cualquier DROGA o FÁRMACO administrado con fines curativos.
- MEDICAMENTO GENÉRICO
- Todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica.
- MEDICINA
- Conjunto de actividades científicas y técnicas encaminadas al conocimiento de las enfermedades, de la forma de llegar al diagnóstico y del establecimiento del tratamiento adecuado para cada proceso.
- MIALGIAS Dolores musculares.

- MIGRAÑA JAQUECA. Dolor intenso en un lado de la cabeza, que puede durar desde 2 hasta 72 horas.
- MONOPLEJIA Parálisis que limita los músculos de un sólo miembro.
- MORBILIDAD
- **CONCEPTO:** Se define a la Morbilidad como el estado sanitario de un país. Incidencia y prevalencia de una enfermedad.
- MUERTE Es el cese total y definitivo de las funciones vitales del organismo.

## **N. .**

- NAUSEAS Sensación de ganas de vomitar. Producido por alteraciones del aparato digestivo, primeros meses de embarazo, recuerdos desagradables, etc.
- NECROSIS Cambios morfológicos que indican la muerte de las células o de los tejidos
- NEURALGIA es la irritación o inflamación de uno o varios nervios que causa un dolor repentino, punzante y muy intenso que se inicia, primero, en un punto y luego se extiende a otras áreas cercanas
- NUTRIENTE sustancia orgánica o inorgánica de los alimentos que se digiere y absorbe por el organismo para luego ser utilizada en el metabolismo intermediario
- NERVIO Conjunto de fibras nerviosas de forma alargada por las cuales se envía mediante impulsos información sensorial al Sistema Nervioso Central (S.N.C.), y este último envía los impulsos motrices.
- NEURALGIA
- Síndrome doloroso localizado a lo largo de un nervio sensitivo. / Presentación brusca de dolor intenso localizado en el territorio sensitivo de un nervio, sin aparente alteración anatómica.
- NUTRICIÓN PARENTERAL Alimentación por inyección endovenosa.

## **O.**

- O.M.S. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- OBESIDAD Es un aumento del peso y volumen del individuo.
- OCLUSIÓN taponamiento de algún vaso sanguíneo
- OTITIS inflamación de ciertas estructuras del oído medio
- ONCOLOGÍA Rama de la medicina que se ocupa del estudio de los TUMORES
- ORTOPNEA Dificultad para respirar en posición horizontal.
- OTORREA Derrame de líquido por el oído.

## **P.**

- P.A.E. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.
- PIELONEFRITIS Es una infección bacteriana habitualmente de los dos riñones.

## • PIROSIS

- Sensación de ardor en la región retro-esternal, suele ser debida al reflujo de jugo gástrico.
- PLACEBO
- Sustancia que toma un individuo creyendo que tiene efecto medicamentoso, cuando en realidad es inactivo, su efecto es sólo Psicológico.
- PRIAPISMO Erecciones dolorosas y persistentes del Pene.

## **Q.**

- QUELOIDE Crecimiento de tejido cicatricial adicional donde la piel ha sanado después de una lesión.
- QUIMO Líquido localizado en el estómago, producto de la acción de los Jugos gástricos sobre los alimentos.
- QUERATITIS Es la inflamación de la CORNEA del ojo
- QUIRÓFANO es una estructura independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención y de sus consecuencias que tienen lugar en general en el exterior del quirófano

- QUIRÚRGICO. De la cirugía o relativo a ella: intervención quirúrgica.

## R.

- RADIOLOGÍA Parte de la medicina que estudia las aplicaciones médicas de las radiaciones, especialmente de los rayos X
- RADIOSCOPIA f. Examen de un cuerpo opaco por medio de la imagen que proyecta en una pantalla al ser atravesado por los rayos X
- RESPIRACIÓN AEROBICA forma de respiración celular en las que los alimentos (carbohidratos) son oxidados completamente por el oxígeno atmosférico, con producción de la máxima energía química a partir de ellos.
- RETINA Superficie clara y sensible situada en la capa interna del ojo (parte de atrás).
- RESPIRACIÓN DE KÜSSMAUL Respiración profunda y rítmica con pausas entre aspiración y espiración. Típica de enfermos diabéticos. Se produce en situaciones de acidosis metabólica.

## S.

- SIALORREA
- Aumento o elaboración de saliva en exceso. Puede ser debida tanto a un fenómeno psicológico como por patología esofágica o gástrica
- SIGNO de HOMANS
- Dolor localizado en la pantorrilla o el tendón de Aquiles provocado por la flexión dorsal del pie hallándose la pierna en extensión.
- SINARTROSIS
- Articulaciones que no tienen movimiento. Se llaman también SUTURAS. Ejemplos típicos son las articulaciones entre los huesos del cráneo.
- SINEQUIA Adherencia anormal entre estructuras.
- SÍNTOMA Aquello sobre lo cual nos informa el paciente (dolor, mareo, etc.) y que nosotros no podemos apreciar a simple vista.

## T.

- TBC Tuberculosis.
- TAQUICARDIA Es una Arritmia cardiaca. Aumento de la frecuencia cardiaca por encima de 100 pulsaciones por minuto.
- TAQUIPNEA (POLIPNEA) Es el aumento del número de respiraciones normales por minuto.
- TERAPIA Tratamiento de la enfermedad.
- TETRAPLEJIA Es la imposibilidad de movimientos de las cuatro extremidades.
- TUMORES DEL CEREBRO En los tumores del cerebro pueden aparecer: Alteraciones mentales, Alteraciones visuales, Perturbaciones del equilibrio y Cefaleas.

## U.

- ÚLCERA  
Lesión secundaria de la piel. Pérdida de sustancia, muy profunda, ocupa la Dermis, Epidermis e Hipodermis. / Solución de continuidad de la piel y mucosas, con pérdida de tejido superficial.
- UNIDAD DE ENFERMERÍA  
La Unidad de Enfermería de un hospital está compuesta por: Salas de enfermos o habitaciones, Control de enfermería, Office (oficio), Cuarto de sucio, Lencería, Farmacia, Sala de curas o exploración, Fichero, Sala para visitas, Pasillos, Aula.
- UREA Sustancia nitrogenada presente en la sangre, eliminada normalmente por el riñón.
- UREMIA  
Síndrome producido por la acumulación en la sangre de los productos tóxicos que, en estado general normal, son eliminados por el riñón y que se hallan retenidos por un trastorno del funcionamiento renal.

- UROLOGÍA  
Rama de la medicina que se encarga del estudio de las vías urinarias masculinas y femeninas, y de los órganos genitales masculinos.
- URTICARIA  
Enfermedad de la piel caracterizada por lesiones cutáneas edematosas de contornos delimitados. La urticaria va acompañada generalmente de picazón

## V.

- VACUNA Sustancia de origen microbiano que, administrada a una persona, ayuda a desarrollar en su organismo mecanismos de inmunidad frente a una enfermedad determinada.
- VACUNACIÓN La vacunación es una forma de adquirir inmunidad artificial
- VAGINITIS. Inflamación de la vagina
- VAHÍDO Desvanecimiento o mareo momentáneo debido a una indisposición pasajera
- VELLOSIDADES Abundancia de vello: un desarreglo hormonal puede aumentar la velloidad

## X.

- XANTOMAS Pequeñas tumoraciones grasas bajo la superficie cutánea.
- XEROFTALMIA Sequedad en los ojos por ausencia de lágrimas originada por el déficit de vitamina A (síndrome del ojo seco).
- XEROSTOMÍA Sequedad de la boca por espesamiento y falta de saliva provocada por un mal funcionamiento de las glándulas salivales.