

ASISTENCIA DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DOLOR.

MARIA EUGENIA MOLINA R.*

RESUMEN

El artículo aborda el dolor como una experiencia TOTAL E INDIVIDUAL que compromete tanto la parte biológica como psicológica de la persona y ante el cual cada individuo responde de una manera diferente.

Retoma las más importantes recomendaciones de la O.M.S., en relación con el tratamiento farmacológico en el dolor por cáncer. Además, señala la importancia del tratamiento no farmacológico del dolor, en cuanto hace posible tratar el dolor con sus múltiples factores contribuyentes.

Presenta la clasificación del dolor en agudo, crónico y por cáncer; al final enfatiza la importancia del trabajo del equipo interdisciplinario en las Clínicas de alivio del dolor.

* Profesora Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; Licenciada en Enfermería. Magíster en Fisiología; Miembro clínica Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Universidad de Antioquia.

La asistencia al paciente con dolor se convierte en un reto para el profesional de enfermería. En muchos momentos implica desaprender aspectos que han hecho carrera en el quehacer de los profesionales del área de la salud, tales como la prescripción de analgésicos a necesidad y el temor excesivo frente al uso de la morfina; otras veces será necesario introyectar nuevas teorías, tales como la utilización de analgésicos según un horario establecido y una dosis individualizada y otras técnicas de tratamiento no farmacológico.

Para entrar en materia, vamos a referirnos al dolor como una experiencia TOTAL que compromete tanto la parte biológica como psicológica del individuo y, por tanto, requiere para su tratamiento un enfoque holístico, integral, que tenga en cuenta factores físicos, psicológicos, espirituales, sociales y financieros¹

También es necesario hablar de dolor como una experiencia INDIVIDUAL, ya que cada persona responde ante él de una manera diferente dependiendo del umbral, de la patología en sí y de otras patologías asociadas, de los tratamientos aplicados, de la cultura, las experiencias previas, la certeza o la incertidumbre acerca del proceso patológico, la relación con la familia y con el equipo de salud.

En vista de que el dolor debe ser abordado como una experiencia TOTAL INDIVIDUAL, su manejo requiere la combinación de una serie de técnicas y tratamientos, según las necesidades de cada paciente.

Vamos a revisar algunos aspectos del tratamiento del dolor, desde el punto de vista farmacológico y no farmacológico.

Inicialmente tendremos en cuenta el tratamiento farmacológico, en el cual se utilizan una serie de medicamentos de los siguientes grupos:

Analgésicos narcóticos y no narcóticos.

Coadyuvantes: Psicotrópicos, anticonvulsivantes, esteroides.

En relación con el tratamiento farmacológico, es necesario precisar algunas reglas de oro que modifican sustancialmente el manejo de la analgesia:

1. Es más importante prevenir el dolor que combatirlo²

Con una dosis precisa del analgésico adecuado, suministrado a intervalos preestablecidos, es posible mantener el control sobre el dolor. Se necesitan dosis mucho mayores para intervenir el dolor cuando éste

ya ha hecho su aparición.

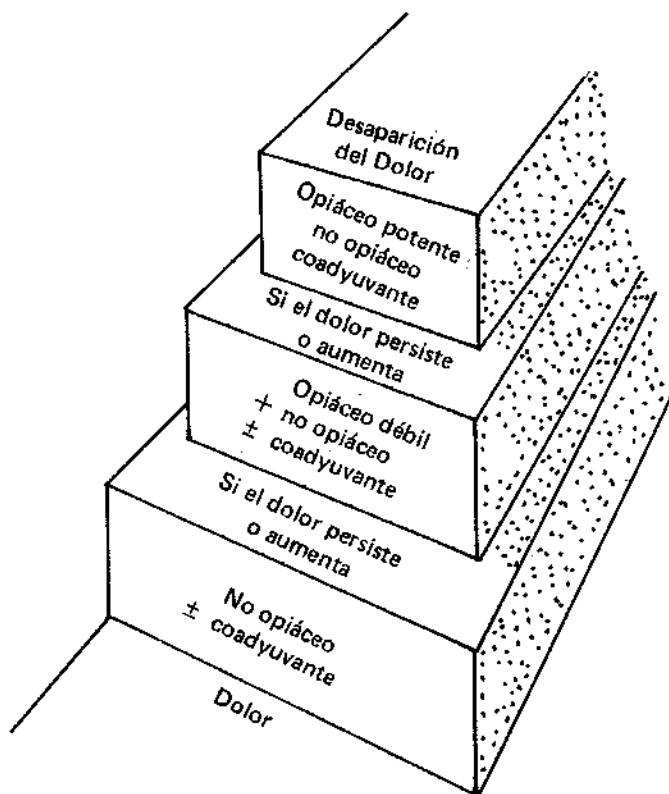
2. Los analgésicos deben aplicarse "reloj en mano"³, es decir, según horario preestablecido de acuerdo a la acción, la duración, la caracterización farmacológica de cada droga y las necesidades propias de cada persona.

Deben eliminarse de la historia clínica y del kárdex, los "analgésicos a necesidad" o "P.R.N." (Pro-Re-Nota: a medida que los problemas se van presentando); esta forma rutinaria de utilización indica desconocimiento del mecanismo fisiopatológico del dolor.

3. Formular los analgésicos teniendo en cuenta la duración de la acción del medicamento y la situación particular del paciente.

Siendo el dolor una experiencia individual, no pueden existir esquemas rígidos en cuanto a dosis y frecuencia de administración. A diferencia de las dosis de los no opiáceos, opiáceos débiles y productos mixtos del tipo agonista-antagonista del opio, las de morfina y de otros opiáceos potentes pueden aumentarse indefinidamente en el paciente terminal⁴

4. Utilizar, hasta donde sea posible, la vía oral, la cual garantiza menores molestias para el paciente y facilita el autocuidado.
5. No hay razones⁵ para sentir temor a provocar drogadicción en pacientes con dolor de origen maligno que reciben narcóticos, pues se ha comprobado que estas personas tienen agotada la producción de endorfinas y, por tanto, la administración de los morfínicos sólo busca corregir una falta orgánica.
6. El insomnio debe tratarse enérgicamente. El dolor suele empeorar en la noche y no permite dormir suficientemente al enfermo, que se debilita así todavía más.
7. Hay que tratar sistemáticamente los efectos secundarios⁶. Los efectos secundarios usuales de los opiáceos potentes, es decir, estreñimiento, náuseas y vómito, deben ser objeto de vigilancia y tratados con antieméticos y laxantes.
8. En el tratamiento del dolor por cáncer, la O.M.S. propone⁷ la utilización de la "escalera analgésica" de tres peldaños, constituida por tres analgésicos de uso común: aspirina, codeína y morfina, combinados con medicamentos coadyuvantes, según las necesidades de cada paciente.



FUENTE: O.M.S. Reunión consultiva de expertos sobre el tratamiento del dolor en el cáncer. Alivio del dolor en el cáncer, p. 20. 1987.

El tratamiento no farmacológico del dolor utiliza gran diversidad de técnicas con amplia aplicabilidad, las cuales hacen posible abordar la problemática del dolor con sus múltiples factores contribuyentes. El tratamiento no farmacológico tiene en cuenta entre otros aspectos, los siguientes:

- Asistencia espiritual: debe impregnar todas y cada una de las acciones del equipo de salud, en los cuales la EMPATIA, EL CALOR HUMANO y la HABILIDAD PARA ESCUCHAR, son los elementos principales.
- Cuidado pastoral
- Información continua
- Asistencia continua.
- Trabajo con la familia.

- Distracción
- Relajación física y mental
- Musicoterapia
- Cromoterapia
- Aplicación de frío y calor
- T.E.N.S. (neuro estimulación eléctrica transcutánea).
- Retroalimentación (Biofeedback)
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Plantas medicinales
- Técnicas cognitivas: a partir de una adecuada relajación física y mental:
 - Control de pensamientos deformados:
 - "Parar la catastrofización"
 - Visualización
 - Imaginar una causa diferente del dolor
 - Reinterpretar el dolor
- Masajes
- Digitopresión
- Auriculoterapia
- Acupuntura

Si bien en la medicina occidental el tratamiento farmacológico para el manejo del dolor es el método más utilizado, en general en su aplicación no se tienen en cuenta las necesidades del individuo, el tipo y características del dolor, ni la duración y acción real de las drogas. Por lo general, no se aplican las técnicas del tratamiento no farmacológico, circunscribiéndonos a un manejo farmacológico con limitaciones, como lo acabo de señalar.

La O.M.S., en 1986⁸, considera que el 80 por ciento de los pacientes que tienen cáncer sufren dolor y agrega que cada día lo soportan innecesariamente unos 3.5 millones de pacientes cancerosos a través del universo. De éstos, el 50 por ciento sufren dolores entre intensos y moderados y el 30 por ciento sufren dolor intolerable o insoportable.

El doctor Buckey del Departamento de Anestesiología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington⁹ señala cómo, con el régimen post-operatorio de narcóticos intramusculares "según necesidad", del 30 por ciento al 40 por ciento de los pacientes sufren dolor entre moderado y severo.

Lo anterior nos lleva a considerar que el dolor, necesariamente, debe tener un manejo interdisciplinario que busque un control enmarcado dentro de la dimensión de **Totalidad e individualidad**.

En este orden de ideas, el campo del manejo no farmacológico del dolor ofrece al profesional de enfermería innumerables oportunidades: valora, planea, ejecuta y evalúa acciones independientes; investiga eficacia de nuevas técnicas en el control del dolor y, muy especialmente, da a su trabajo una proyección muy humana, ya que toca un campo en el cual el individuo se siente desprotegido, solo y limitado.

La enfermería es una profesión que mira integralmente al paciente y, por estar más tiempo a su lado, puede dar mayor continuidad a su cuidado. La valoración del individuo con dolor, enmarcada en la visión de totalidad e individualidad, lleva al enfermero a formular un diagnóstico integral que le facilita establecer acciones de enfermería independientes, sumamente amplias, en el manejo farmacológico del dolor, y muy especialmente, en el tratamiento no farmacológico.

Para definir la mejor terapia en relación con el control de dolor, es necesario que el enfermero identifique el tipo de dolor que presenta el paciente y las circunstancias que lo rodean, lo cual se manifiesta en los signos y síntomas que debe controlar.

El dolor según la duración y las características que lo acompañan se clasifica en agudo, crónico y dolor de origen maligno.

Dolor agudo:

El dolor agudo¹⁰ es muy importante para el ser vivo, ya que tiene la función de indicarle que algo anda mal en el organismo, que algo está equivocado; a la vez es un síntoma semiológico muy importante, de gran ayu-

da diagnóstica. Los eventos precipitantes y la descripción del dolor llevan a un diagnóstico apropiado.

El dolor agudo^{1 1} es limitado en el tiempo; está caracterizado por signos de dominancia simpática, tales como: taquicardia, hipertensión, diaforesis, midriasis, hiperventilación, hipermotilidad y conducta de escape. La ansiedad es el estado psicológico determinante, caracterizado subjetivamente por tensión, inquietud, impresión de inseguridad y temor, opresión torácica, constricción en la garganta, dificultad para respirar, palpitaciones y debilidad en las piernas; objetivamente, por inquietud psicomotora con insomnio, pensamiento atropellado, sequedad en la boca, sudoración, temblor, vómito, taquicardia, sofocación, rubor o palidez y polaquiuria^{1 2}.

En relación con las estrategias de manejo del dolor agudo, es necesario considerar los analgésicos, los cuales deben administrarse "reloj en mano" con técnica y dosis individualizadas para cada paciente, en escala progresivamente descendente. Por ejemplo, en el dolor post-operatorio o post-traumático severo^{1 3} debe comenzarse con morfínicos parenterales o epidurales e ir disminuyendo la dosis progresivamente, convirtiéndola a su equivalente en dosis orales a intervalos fijos, tan rápidamente como sea posible. Los narcóticos deben ser disminuidos en su dosis a medida que la cicatrización y la curación van ocurriendo; esto se hace reduciendo la dosis por 24 horas en un 20 por ciento, cada segundo día.

Los narcóticos fuertes y débiles pueden combinarse con analgésicos periféricos, hasta que estos últimos sean suficientes para el control del dolor agudo.

Teniendo en cuenta que la ansiedad es el estado psicológico determinante, es necesario el uso de ansiolíticos o tranquilizantes menores del tipo de las benzodiazepinas (Diazepan - Librium) y los antihistamínicos como el clorhidrato de hidroxina (Hiderax).

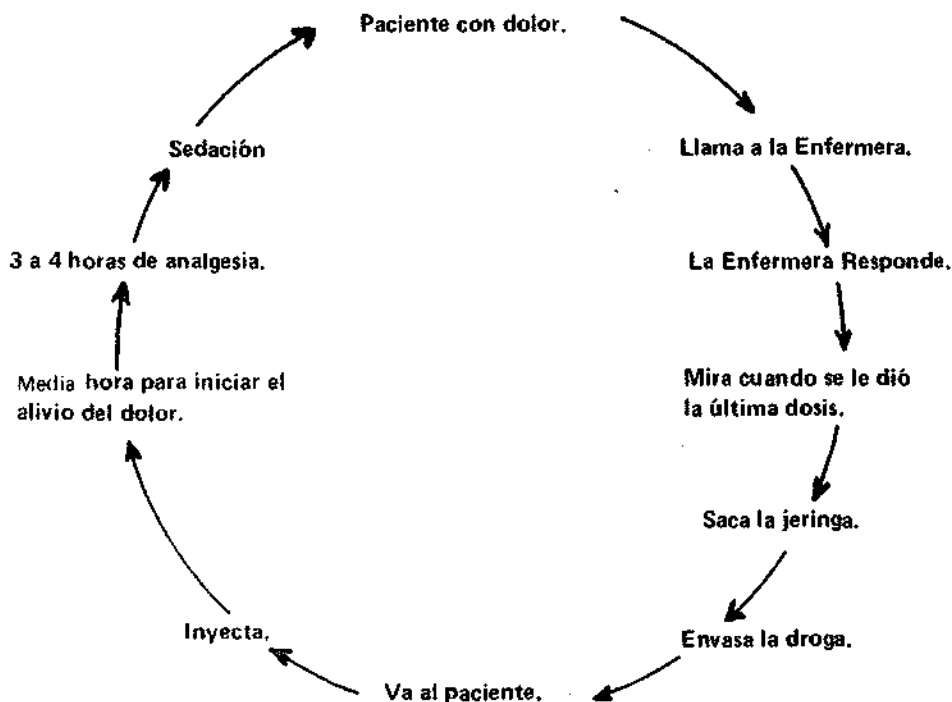
Deben utilizarse los T.E.N.S., bloqueos nerviosos regionales, infiltración de la herida quirúrgica con marcaína, tratamiento de la patología que causa el dolor, inmovilización, xilocaína en spray sobre el vendaje.

La comunicación permanente y adecuada con el paciente, materializada en una preparación preoperatoria adecuada y explicación amplia de la patología y pronóstico, son esenciales para el adecuado control del dolor.

No se justifica^{1 4} que el paciente con dolor agudo tenga que soportarlo

más allá del tiempo prudencial para establecer el diagnóstico. Una vez tenido en cuenta como signo semiológico para llegar a un diagnóstico, debe procederse a calmar o a suprimir el dolor. Según el doctor Sternbach¹⁵ los analgésicos deben ser comenzados al tiempo que se hacen los procedimientos diagnósticos, ya que el control del dolor no oscurece en ninguna forma la investigación de la causa. De hecho, el control del dolor con frecuencia mejora dramáticamente la habilidad del paciente para cooperar en los estudios diagnósticos.

El doctor Richard Sternbach, en la conferencia presentada en el III Curso Colombiano sobre Dolor, ofreció un esquema que muestra la realidad del paciente con dolor agudo, a quien se le ha prescrito un régimen de analgésicos narcóticos parenterales a necesidad.



FUENTE. Sternbach, Richard. Conferencia en el Tercer Curso Colombiano sobre Dolor. 1988.

Dolor crónico:

El dolor crónico es aquel que se presenta, según el doctor Richard Sternbach, después de los tres meses de su aparición y no tiene límite en el tiempo. El dolor crónico es considerado, en sí mismo, una enfermedad; pierde su valor como signo de alarma, es destructivo física, psicológica y socialmente. Su diagnóstico requiere una evaluación psicológica más formal.

El dolor crónico de origen no maligno se asocia¹⁶ con cambios en la personalidad y el estilo de vida y signos y síntomas de depresión. Es común a varias enfermedades: problemas reumáticos, migrañas, neuralgia post-herpética¹⁷. Produce alteraciones en el sueño, cambios en el apetito, irritabilidad, retardo psicomotor, disminución en la tolerancia al dolor, aislamiento social y conducta dolorosa anormal. Hay habituación de la respuesta simpática.

La depresión es el estado psicológico característico, la cual se manifiesta¹⁸ por tristeza vital y profunda, pesimismo, pérdida de la ilusión por la familia y su trabajo; llanto, disminución en el rendimiento hasta la apatía, vivencias de desánimo e incapacidad, disminución del impulso sexual y del apetito; cefalea y estreñimiento. Por lo general el paciente¹⁹ presenta múltiples cirugías y polifarmacia, con problemas psicológicos y familiares muy importantes.

Por todo lo anterior, con estos pacientes es necesario realizar un programa que garantice desarrollar una serie de medidas simultáneas²⁰:

1. Retiro sistemático de narcóticos: El paciente toma una tableta menos cada segundo día y en un horario fijo.
2. Reemplazo de ansiolíticos por antidepresivos tricíclicos del tipo Triptanol o Tofranil, en dosis de 10 mgr a 60 mgr, con la comida. Estos fármacos mejoran el sueño y la depresión y aumentan la tolerancia al dolor.
3. Terapia física y ocupacional. Con previa evaluación, el paciente desarrolla una serie de ejercicios teniendo en cuenta las restricciones de la patología de base, buscando alcanzar niveles adecuados en la funcionalidad; ejecuta las actividades con un ritmo normal y adopta posiciones apropiadas (antálgicas).
4. Técnicas cognitivas para controlar el dolor.

- 4.1 Focalizar la atención en algún otro sitio diferente de donde siente el dolor.
 - 4.2 Reinterpretar el dolor como sensación diferente (frío, adormecimiento, hormigueo. . .).
 - 4.3 Cambiar actividad y pensamientos cuando el dolor esté causando problema.
 - 4.4 Adquirir y practicar la relajación para evitar tensión muscular secundaria, espasmos y ansiedad.
 - 4.5 Detener la "catastrofización" de los pensamientos acerca del significado del dolor, de forma que se sustituya apropiadamente por otros pensamientos que incrementen su tolerancia.
 - 4.6 Imaginar una causa diferente del dolor. Esto transforma el contexto en que ocurre el dolor y lo convierte en más tolerable.
5. Trabajo directo con la familia.
6. TENS: De gran ayuda en el dolor localizado.

Dolor de origen maligno:

El cáncer es la enfermedad que con más frecuencia se acompaña de dolor; éste, como señala la O.M.S., constituye un síntoma preponderante que afecta a un 80 por ciento de los pacientes con enfermedad neoplásica

Los pacientes²¹ que tienen dolor asociado a cáncer o a alguna otra enfermedad maligna, "no siguen el patrón de invalidez y de inhabilidad que se describió anteriormente. Mejor aún, estos pacientes parecen estar determinados a seguir una vida tan normal como sea posible y a tratar de utilizar al mínimo los analgésicos".

Leshan (1964)²² reporta que en pacientes con cáncer y dolor severo de larga duración, se observa un gran número de reacciones psicológicas que los sumen en la depresión.

Weisman (1979)²³ afirma que la habilidad del paciente para superar su dolor, varía en parte con la fase psicológica en la cual han aparecido los problemas. Estas fases están determinadas por los problemas concernientes a la patología y tienen relación con el estrés que acompaña el desarrollo de la enfermedad, los tratamientos, la respuesta, la recurrente.

cia y, finalmente, la muerte.

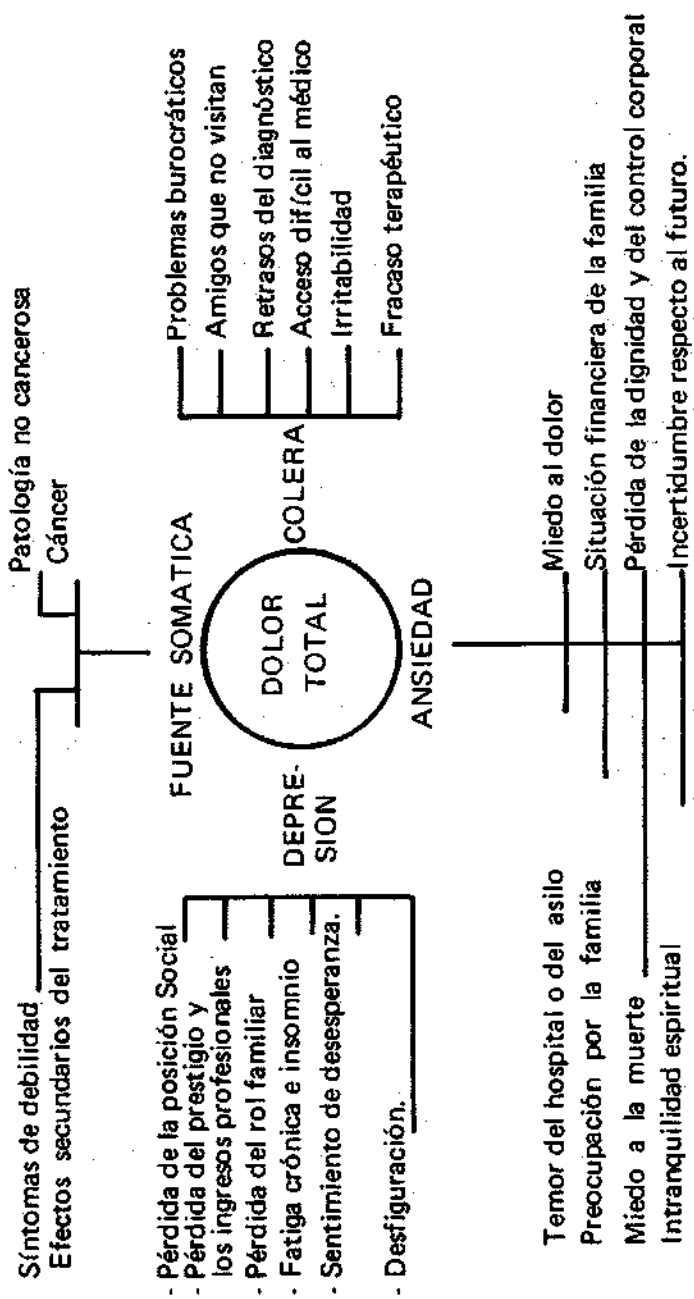
En el paciente con cáncer alternan el dolor agudo y el dolor crónico, al igual que estados psicológicos como la depresión y la ansiedad, dependiendo del momento que esté viviendo. Puede presentar dolor agudo y ansiedad en los primeros estadios de la enfermedad y dolor crónico asociado a depresión en el último período.

Los cambios anteriores están asociados a la evolución de la enfermedad; además hay debilidad, náuseas y vómito relacionados con la quimioterapia y la radioterapia. Por tanto, es necesario enmarcar las estrategias de manejo del dolor de origen maligno dentro de las circunstancias que esté atravesando el paciente y el tipo de dolor que presente, ya sea agudo o crónico. Debe incluirse el aspecto tanatológico, ya que el paciente se está enfrentando a la posibilidad de morir, lo cual le confiere una serie de características muy particulares, que deben tenerse en cuenta. Para el paciente que sufre dolor por cáncer, la O.M.S.²⁴ propone el siguiente esquema como una visión de conjunto del gran número de circunstancias que constituyen el dolor total. (Ver Esquema pág. 48)

La complejidad del fenómeno doloroso, la necesidad de abordar el dolor como una experiencia TOTAL e INDIVIDUAL, hacen necesario que la asistencia al paciente con dolor sea proporcionada por un equipo interdisciplinario. Es así como nacen las Clínicas de Alivio del Dolor, con el doctor Bónica²⁵ en 1947 y en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl en 1982, dedicadas al tratamiento de pacientes que sufren dolor de origen maligno y crónico de origen no maligno.

En este momento, algunos hospitales están creando servicios de dolor agudo²⁶, dedicados al tratamiento de pacientes con dolor post-operatorio y post-trauma.

Todos estos replanteamientos en la asistencia al paciente con dolor, exigen una gran apertura al cambio de parte de los integrantes del equipo de salud, facilitada por la reorientación en los currículos, programas de educación permanente y otras actividades educativas.



FUENTE: O.M.S. Reunión Consultiva de Expertos sobre el tratamiento del dolor en el cáncer. Alivio del dolor en el cáncer, pp. 9, 1987.

BIBLIOGRAFIA

1. O.M.S. Reunión Consultiva de Expertos sobre el tratamiento del Dolor en el cáncer. Alivio del dolor en cáncer, P. 10, 1987.
2. APONTE, Amalia y MOLINA, María Eugenia. Atención al paciente Terminal, Unidad III, P. 38, 1988.
3. Ibid., P. 38.
4. O.M.S., Op. Cit. P. 21.
5. APONTE, Op. Cit. P. 38
6. O.M.S., Op. Cit. P. 22
7. O.M.S., Op. Cit. P. 20
8. ALVAREZ, Tiberio. Segundo Congreso Internacional de Dolor en Cáncer. Medellín. Pro Dolore. 3 (2): 10, 1988.
9. BUCKLEY, Piter. Servicios para el manejo de Dolor Agudo: Por qué y cómo? Memorias Tercer Curso Colombiano sobre Dolor. Bogotá. P. 79, 1988.
10. ALVAREZ, Tiberio. Dolor, problemática y tratamiento. Medellín. Por Hacer, P. 14, 1988.
11. STERNBACH, Richard. Dolor crónico Versus Dolor Agudo. Memorias del Tercer Curso Colombiano sobre Dolor. Bogotá. P. 18, 1988.
12. VALLEJO, J. y otros. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, Barcelona. Editorial Salvat. P. 224-225, 1985.
13. STERNBACH, Richard. Una guía para el control del dolor agudo, el dolor en cáncer y el dolor crónico. Memorias del tercer curso Colombiano sobre Dolor. Bogotá, P. 31, 1988.
14. REUNIONES CLINICAS de Alivio del Dolor. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín. Universidad de Antioquia, 1989.
15. STERNBACH, Richard. Una guía para el control del dolor agudo, el dolor en cáncer y el dolor crónico, Op. Cit. P/ 20-38.
16. ALVAREZ, Tiberio. Dolor, Problemática y Tratamiento. Op. Cit. P. 114.
17. STERNBACH, Richard. Dolor crónico versus Dolor agudo. Op. Cit. P. 5 y 6.
18. VALLEJO, Op. Cit. P. 226 y 227.

19. STERNBACH, Richard. Dolor crónico versus dolor agudo. *Op. Cit.* P. 8.
20. STERNBACH, Richard. *Ibid* P. 23-35-38.
21. STERNBACH, Richard. *Ibid* P. 9.
22. LESHAN, citado por STERNBACH, Richard. Dolor crónico versus dolor agudo. *Op. Cit.* P. 9
23. EWISMAN, citado por STERNBACH, Richard. Dolor crónico versus dolor agudo. *Op. Cit.* P. 10.
24. O.M.S., *Op. Cit.* P. 9.
25. ALVAREZ, Tiberio. Papel del anestesiólogo en el tratamiento del dolor. *Revista colombiana de Anestesiología.* (1): 61, enero-marzo, 1986.
26. BUCKLEY, *Op. Cit.* P. 79.