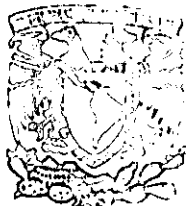


66



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS DE COMPILACION

CUIDADOS AL PACIENTE CON DOLOR

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA MARIA DEL ROSARIO DIAZ DELGADO



[Firma manuscrita]

DIRECTORA DE TRABAJO:
SECRETARIA ELENA GARCIA SANCHEZ

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Coordinación de Servicio Social

296384

MEXICO D F JULIO DEL 2001



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, porque me regala la alegría de ver realizado uno más de mis sueños.

A mi querido padre, por su amor incondicional y por la fe que depositó en mí.

A mi adorada madre, por sus consejos, paciencia, amor y sabiduría, pues sin ella no hubiese sido posible culminar mis estudios.

A Carlos, el compañero de mi vida, por estar conmigo y llenarme de amor; por su paciencia y apoyo que siempre me demostró.

A mis hijos Carlos y Ricardo, por permitirme aprender de ellos y porque comparten mi entusiasmo por mi superación.

A mi hermana Irene y a Juan Luis porque gracias a su cariño y estímulo inspiraron la confianza para el logro de esta meta.

A Gaby y Lilián por su apoyo y comprensión.

A Diego, mi pequeñito adorado que ha inundado mi vida y mi hogar de felicidad.

A mis maestros, que han guiado mis pasos hacia el conocimiento y han sembrado en mí la vocación de servir, especialmente a la Lic. María Elena García S. por su calidez, infinita paciencia y dedicación.

Al personal de Enfermería de la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Cancerología, muy en especial a la E. O. María Elena Reyes Nieto.

A los Ingenieros Marco A. Salas y Fernando Ordaz por su asesoría y colaboración en la realización de este trabajo.

Rosario

DEDICATORIA

Con todo mi amor y agradecimiento dedico este logro a mis hijos, Carlos y Ricardo, que han dado sentido a mi vida y serán siempre la inspiración para tomar nuevos retos como madre y profesionalista.

Rosario

INDICE

INTRODUCCION	I
JUSTIFICACION	II
PROBLEMA	III
OBJETIVOS	IV
METODOLOGIA DE TRABAJO	V
Capitulo 1. EL DOLOR	1
1.1 Concepto de dolor	1
1.2 Tipos de dolor	3
1.3 El control del dolor. Aspectos históricos	7
1.4 La Algología	10
1.5 Aspectos sociológicos y psicológicos del dolor	14
Capitulo 2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA INDIVIDUAL AL DOLOR	22
2.1 Ansiedad	22
2.2 Experiencia previa	23
2.3 Ambito sociocultural	23
2.4 Creencias religiosas	28
Capitulo 3 FISIOLÓGÍA Y TRANSMISIÓN DEL DOLOR.	30
3.1 El Sistema Nociceptivo	30
3.2 Transmisión del Dolor	30
3.3. Modulación del dolor	31
3.4 Teorías sobre el origen del dolor	32
3.4.1 Teoría del control de entrada	32
3.4.2. Teoría de las Endorfinas – Encefalinas	33
3.4.3 Teoría de los multirreceptores opiáceos	34
Capitulo 4 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO AL PACIENTE CON DOLOR	36
4.1 Relación Enfermera – paciente	36
4.2 Necesidades y Sentimientos del Paciente	38
4.2.1 Atención	38
4.2.2 Calor humano	39
4.2.3 Escucha	39
4.2.4 Empatía	41

4.2.5. Respeto	42
4.2.6 La verdad	42
4.2.7 El contacto físico	42
4.3 Valoración del dolor	44
4.3.1 Parámetros de valoración	46
4.3.1.1 La localización	46
4.3.1.2 La intensidad	46
4.3.1.3 La calidad	48
4.3.1.4 Tolerancia	48
4.3.1.5 Percepción	48
4.3.1.6 Expresión	50
Capítulo 5 MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE TRATAMIENTO DE DOLOR	55
5.1. Masaje	55
5.1.1 Masaje Superficial	55
5.1.2 Presión / Masaje	57
5.2 Vibración	58
5.3 Frotación	59
5.4 Relajación	61
5.5 Aplicación de calor y/o frío	65
5.6 Distracción	68
5.7 Visualización	70
5.8 Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (ENET)	72
Capítulo 6 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR	75
6.1 Escalera Analgésica de la OMS	78
6.2 Vías de administración	82
6.3 Efectos Secundarios y Colaterales	86
Capítulo 7 PANORAMA GENERAL PARA EL TRATAMIENTO ALTERNATIVO DEL DOLOR CRÓNICO	88
7.1. Fisioterapia	88
7.2 Acupuntura	90
7.3 Bloqueo Nervioso.	91
7.4 Procedimientos Neuroquirúrgicos	92
7.5 Hipnosis	93
7.6 Psicoterapia	94
7.7 Radioterapia	94
7.8 Tratamiento dietético	95
7.9 Estimulación Eléctrica Central	96
7.10 Medicina osteopática	97
Capítulo 8 EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA	98
CONCLUSIONES	102

INTRODUCCION.

A lo largo de los últimos años se ha perdido la capacidad de asombro ya que la tecnología avanza de manera exponencial, pareciendo, numerosos sucesos de lo más normal, sin darnos cuenta que regresamos a los orígenes en donde el elemento fundamental es la naturaleza humana, integrada ésta por los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual.

Esta integración del hombre como un todo, pierde su estabilidad ante la enfermedad, y es en este proceso que el dolor tiene un papel protagónico al repercutir en el paciente, en su familia e incluso en el equipo de salud, de cuya actitud, capacidad profesional, destreza y empatía depende en muchas ocasiones la calidad de vida del paciente.

El rol de Enfermería es de suma importancia en el equipo multidisciplinario de atención al enfermo con dolor, pues aunque tradicionalmente el dolor se ha visto como un síntoma a través del cual se llega a un diagnóstico y se instaura un tratamiento, los esfuerzos de Enfermería van más allá de este concepto y su connotación farmacológicas.

Partiendo del hecho de que la enfermera brinda al paciente cuidado integral, surge el interés por conocer, comprender y evaluar el cuidado al paciente con dolor, síntoma que por su subjetividad es referido como una experiencia individual de quien lo sufre, y por tanto, con frecuencia subestimado.

El presente trabajo tiene por objeto proporcionar a partir del enfoque de Enfermería un panorama general del cuidado al paciente con dolor, promoviendo la reflexión del profesional de Enfermería acerca de su personal concepción del dolor y su relación con el paciente.

Para ello, "El Cuidado al paciente con Dolor", se ha dividido en ocho capítulos.

El primer capítulo parte del concepto y tipos de dolor; hace un breve recorrido de aspectos históricos en el control del mismo hasta llegar al nacimiento de la Clínica del Dolor, título

despersonalizado para mi gusto, ya que es más congruente y humano decir "Clínica de Atención Integral para Personas con Dolor", pues lo más importante es el paciente, no el dolor, sin olvidar que aspectos sociológicos y psicológicos son el punto de partida en las acciones o búsqueda de alternativas para terminar con el sufrimiento que el dolor conlleva. El segundo capítulo refiere los factores que influyen en la respuesta individual al dolor. El tercer capítulo menciona de manera breve la fisiología y transmisión del dolor, haciendo alusión a las teorías sobre el origen del mismo, para centrarse en el capítulo cuatro en la relación enfermera- paciente como una relación de ayuda, de cuya comunicación, empatía y profesionalismo surgirá el ambiente terapéutico y por consiguiente una adecuada valoración del dolor del paciente y su tratamiento.

El capítulo cinco rescata principios básicos en el tratamiento de la persona que sufre dolor. En ocasiones la enfermera olvida recursos tan importantes como el masaje, la relajación o la aplicación de calor, por citar algunos, ya que apoyada en la tecnología moderna y nuevos fármacos, pierde de vista la esencia del cuidado integral cálido y de calidad.

El capítulo seis está dedicado al tratamiento farmacológico del dolor, aunque el énfasis se dirige hacia el conocimiento que el profesional de Enfermería debe poseer en cuanto las vías de administración, efectos secundarios y colaterales de los fármacos empleados en el tratamiento.

El capítulo siete se centra en un panorama general para el tratamiento alternativo del dolor crónico y para finalizar, el capítulo ocho otorga especial atención a la educación del paciente y su familia, ya que en su diario que hacer, la enfermera interactúa en el sistema básico del paciente y en el que confluyen valores, creencias y actitudes que al formar parte de su cultura son determinantes en la manera de afrontar el dolor.

Se incluye en la parte final de este trabajo el glosario de términos así como las referencias bibliográficas y hemerográficas que sustentan el marco teórico y aspectos metodológicos del mismo.

Justificación.

El dolor es la causa más frecuente de consulta médica en nuestra población, y a pesar de los avances científicos y el desarrollo de nuevas especialidades, el dolor, experiencia sensorial y emocional desagradable, es a menudo subestimado.

El dolor es un fenómeno biopsicológico, social y universal, pero a su vez, muy particular y complejo, pues cada persona lo manifiesta y aprende a aplicar su significado a través de sus experiencias. Es un síntoma que en cualquier patología ocupa toda su atención, lo cual le lleva a la desesperación y cambios de conducta generados por el malestar que éste le ocasiona.

En este entorno, se justifica la realización de esta investigación documental, para mover a la reflexión al profesional de Enfermería con relación a la importancia que tiene el cuidado holístico del paciente con dolor y la posibilidad que ella tiene de disponer de una gama de opciones para elegir la(s) que más se adecue a la persona, de manera que pueda brindar cuidado de Enfermería de alta calidad.

Problema.

El profesional de Enfermería brinda cuidado al paciente con dolor, especialmente en el ambiente hospitalario, mediante el empleo de fármacos, cuya meta es controlar el dolor, objetivo que difícilmente se cumple.

Paralelamente a ello, la enfermera no hace uso de otras alternativas que le pueden auxiliar y permitir: incidir en el problema doloroso del paciente, establecer una mejor relación con él y por ende, brindar cuidado de mayor calidad.

Objetivos.

Objetivo General.

Promover la reflexión del profesional de Enfermería a fin de identificar los múltiples factores que debe considerar para el cuidado del paciente con dolor.

Objetivos específicos.

- Profundizar en el conocimiento y empleo de medios fisiológicos, psicológicos y técnicos que fundamentan el alivio del dolor para contribuir al bienestar del paciente.
- Enriquecer la práctica de Enfermería proponiendo un proceso cuidadoso de valoración del paciente con dolor.
- Motivar al profesional de Enfermería a trabajar con pacientes con dolor, aplicando las diversas alternativas para el mejor cuidado del mismo.

Metodología de trabajo.

- 1.- Elección del tema.
- 2.- Búsqueda y selección de bibliografía especializada.
- 3.- Clasificación de la información.
- 4.- Lectura de los capítulos y obras escogidas.
- 5.- Elaboración del protocolo.
- 6.- Elaboración de fichas de trabajo conforme al desarrollo del protocolo.
- 7.- Redacción de borrador..
- 8.- Evaluación del aprovechamiento de la bibliografía.
- 9.- Revisión y sugerencias del director (a) del trabajo.
- 10.- Elaboración del trabajo
- 11.- Revisión del mismo por los sinodales que integran el jurado.
- 12.- Impresión del trabajo.

Capítulo 1. - EL DOLOR.

1.1 Concepto de dolor.

El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, total e individual. Total en la medida que compromete al ser humano como un todo, en sus aspectos biológico, psicológico, social y espiritual por tanto, requiere para su tratamiento un enfoque holístico, que tenga en cuenta todos esos factores.

También es importante establecer que el dolor es una experiencia individual, pues cada persona responde ante él de una manera diferente, dependiendo del umbral, de la patología en sí, de las afecciones asociadas, de los tratamientos aplicados, de la cultura, de las experiencias previas, de la certeza o incertidumbre acerca del proceso patológico, de la relación con la familia y con el equipo de salud.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o no a un daño real o potencial de los tejidos y descrito en términos de dicho daño." ¹

El dolor es real tanto si el daño orgánico existe, como el provocado por el temor a que éste surja, y al ser una sensación desagradable, por consiguiente supone una experiencia emocional.

El dolor por sí mismo, disminuye la actividad física, el apetito, el sueño, provocando en algunas personas pérdida del control de sí mismos y por tanto, pérdida o disminución de

¹ IASP. Subcommittee on Taxonomy. Classification of Chronic Pain descriptions, s/p.

la calidad de vida, es por ello, el síntoma que con mayor frecuencia impulsa al individuo a buscar ayuda médica.

El dolor se presenta acompañado de una carga afectiva, sufrimiento, angustia, castigo o tortura; el hecho de experimentarlo puede ser para algunos, fuente de satisfacción o placer.

Dentro de los componentes emocionales del dolor, se encuentran: la ansiedad generada por la incertidumbre frente a la evolución de alguna enfermedad, la eficacia de los tratamientos, el apoyo familiar y del equipo de salud. El temor al dolor, generado por la dependencia, la pérdida del control corporal y emocional, las incomodidades generadas a la familia y frente a la muerte. La ira, generada por los retrasos en el diagnóstico, el difícil acceso al médico, el fracaso terapéutico, los amigos que no visitan, la familia que no responde a sus requerimientos y en general la impotencia, la frustración y la decepción, por las cargas físicas, emocionales y económicas que debe asumir. La culpa originada al reconocer fallas personales con relación a la enfermedad, a la situación económica, a las relaciones familiares y frente a la vida misma. La depresión, generada por posibles pérdidas que ha tenido que asumir, algunas veces la pérdida del trabajo, del papel familiar y quizá, de la posición social.

Es importante establecer el mecanismo fisiológico involucrado en la producción del dolor, saber si se origina en la estimulación de receptores periféricos o si se inicia a nivel de las vías aferentes que llevan la sensación dolorosa, o en centros superiores del sistema nervioso central.

El origen somático del dolor puede deberse a cefaleas, afecciones musculoesqueléticas, crónico-degenerativas, cardiovasculares, nerviosas, viscerales, trastornos por constipación, úlceras por presión, infecciones bacterianas, micóticas o virales, cáncer, efectos secundarios de tratamientos, como ocurre con el dolor agudo postoperatorio ,el

dolor del miembro fantasma, secuelas de la quimioterapia y radioterapia, inflamación, necrosis, etc.

El sufrimiento en el cual se unen el dolor de origen somático y los sentimientos anteriormente mencionados dan lugar al dolor total y en él confluyen aspectos físicos, psicológicos, sociales, económicos y espirituales.²

El dolor es sin duda, una realidad desagradable de la vida, y casi todo el mundo, procura por todos los medios de evitarlo. Sin embargo, a pesar de sus aspectos negativos también cumple importantes funciones en cuanto a la supervivencia, pues por un lado es una señal de alerta cuando el organismo está expuesto a un daño y por el otro es un sistema de defensa que desencadena reacciones para ayudarnos a sortear el peligro y un mecanismo natural de biorretroalimentación que permite adaptarnos al ambiente.³

Aunque todo el mundo está familiarizado con el dolor, su complejidad es tal, que no se le puede describir con facilidad y no existe para él un solo tratamiento universal.

Una de las mejores definiciones del dolor es la que da Mc Caffery : "Dolor es todo lo que la persona que lo sufre considera como tal y existe siempre que esa persona afirma sentirlo".⁴

1.2 Tipos de dolor.

Los avances en el diagnóstico del dolor, así como los recientes progresos en la comprensión de la anatomía, fisiología, farmacología y psicología en la percepción del mismo, han conducido a mejorar el cuidado y tratamiento del paciente con dolor.

² IASP. Pain Terms. A list with definitions and notes on usage, s/p.

³ Smith E. Ronald et al. Psicología: Fronteras de la Conducta, p. 207

⁴ Mc. Caffery Margo y Beebe. Dolor Manual Clínico para la práctica de Enfermería, p. 8

Todos los seres vivos, específicamente el ser humano, pueden presentar dolor y dependiendo de los cambios fisiológicos, psicológicos, afectivos y sus características, se establecerán el tratamiento y cuidados a seguir.

El dolor suele clasificarse de dos maneras: agudo o crónico, aunque también se puede diferenciar en función a su origen.

El dolor agudo es aquel que resulta en forma directa de una estimulación nociva, su duración varía del momento de la lesión a 72 h, o de uno a tres meses y se cataloga como un evento transitorio que advierte un mal funcionamiento o de un estímulo nocivo externo. Aparece en forma brusca y se caracteriza por los cambios fisiológicos que se pueden valorar en el paciente como ansiedad, tensión muscular, hipertensión, hiperventilación, sudoración, y se cuantifica de moderado a intenso.

El dolor agudo incluye todo dolor, desde un pinchazo de alfiler hasta la amputación traumática de una extremidad. Otros ejemplos incluyen también fracturas óseas, infección estreptocócica de la garganta y dolor postoperatorio.

El dolor agudo remite a medida que se produce la curación, por lo tanto, tiene un final predecible y su intensidad varía de leve a intenso. El dolor crónico es prolongado, generalmente con una duración de 6 meses o más. Su origen puede ser desconocido o seguido de una lesión que dejó como secuela un daño irreversible o evolutivo como en el caso del cáncer. Es una sensación dolorosa difusa que presenta cambios psicoafectivos como sufrimiento, irritabilidad, aislamiento social, alteraciones motoras o posturales; además es incapacitante y el paciente muestra un deterioro excesivo, por lo que generalmente necesita apoyo continuo por tiempo ilimitado.

Existe una clasificación del dolor crónico:

- a) Dolor con potencial de recurrencia durante toda la vida o un período prolongado, por ejemplo, las cefaleas migrañosas, cuyo final es predecible, no obstante tienden a recidivar. Entre episodios el paciente se encuentra virtualmente libre de dolor.
- b) Dolor continuo de duración limitada o crónico agudo. Este dolor puede durar meses, quizás años, pero tiene una alta probabilidad de finalizar. Este tipo de dolor se presenta casi a diario y pueden pasar meses antes de que la causa se cure o controle y el dolor remita, o el dolor puede finalizar sólo con la muerte del paciente. Los ejemplos incluyen el dolor por cáncer o por quemaduras.
- c) Dolor crónico no maligno, denominado algunas veces crónico benigno. Este tipo de dolor suele ocurrir casi a diario, su intensidad varía de leve a extrema y aunque se debe a causas que no amenazan la vida, puede permanecer continuamente con el paciente. Los ejemplos comprenden una amplia variedad de muy diversos problemas de dolor, como la artritis reumatoide, el dolor del miembro fantasma o enfermedades vasculares de las extremidades entre otras.⁵

Cambios que ocurren ante la presencia de dolor:

Dolor agudo: mayor frecuencia cardíaca; mayor tensión arterial; mayor espiración y motilidad intestinal; dilatación pupilar; sudoración palmar; comportamiento de huida; estado de ansiedad.

Dolor crónico: alteraciones del sueño; alteraciones del apetito; estreñimiento; retardo psicomotor; menor tolerancia al dolor; ansiedad; depresión.

⁵ Mc Caffery ibidem, p. 22

Atendiendo a su origen, el dolor puede ser: somático, visceral o neuropático.

Dolor de tipo somático:

Puede ser superficial o profundo. Es superficial cuando su origen es la piel y profundo si proviene de zonas propioceptivas, musculoesqueléticas, huesos, cartílagos y articulaciones. Es el dolor que con mayor frecuencia se encuentra en las personas a través de su vida. Por lo general se encuentra bien localizado. Se describe como adolorimiento o mordiente y se ubica con relación a los dermatomas.

Dolor de tipo visceral:

Se produce por estímulos mecánicos, contracciones o distensiones intensas de estructuras torácicas, abdominales o pélvicas, que forman la pared de vísceras huecas, o por isquemia producida por anoxias tisulares, procesos inflamatorios o la acción de sustancias químicas diversas. También puede ser una manifestación del crecimiento de un tumor primario o metastásico. Este tipo de dolor puede irradiar de manera difusa, se describe como profundo, en apretón o presión y en ocasiones como cólico. Puede acompañarse de náusea, vómito o diaforesis, sobre todo si es agudo.

El dolor visceral irradia con frecuencia a sitios cutáneos remotos al lugar de la lesión y puede acompañarse de hipersensibilidad en el sitio cutáneo de referencia.

Dolor neuropático o neurogénico.

Resulta de la lesión al sistema nervioso periférico, central, o ambos, debido a la compresión o infiltración de nervios periféricos o de la médula espinal por un tumor, traumatismo o lesiones a nervios periféricos provocadas por cirugía, radiación o

quimioterapia. Este dolor se describe como de tipo tenebrante, ardoroso, con sensación de toque eléctrico, hormigueo (parestias) o quemante.⁶

1.3 El control del dolor. Aspectos históricos.

El enigma que rodea al dolor es tan antiguo como la humanidad. Osamentas prehistóricas muestran la evidencia de enfermedades que seguramente produjeron dolor, existiendo testimonios de él en todas las civilizaciones, en tablas de pizarra babilonias, en papiros egipcios, en testimonios mexicas o mayas y prácticamente en cualquier registro histórico.

Desde que el hombre existe ha hecho esfuerzos por encontrar medios que lo controlen, de tal forma que en todas las civilizaciones, épocas y culturas, se han encontrado oraciones, exorcismos e invocaciones que dan testimonio de la presencia del dolor.

La interpretación más antigua y sorprendentemente aún vigente es la que concibe al dolor como un castigo por haber ofendido a los dioses, de hecho, la palabra inglesa PAIN, deriva del latín POENE y del griego POINE, que significa pena o castigo, concepto que se transmite en forma oral aún en nuestros días y que surgió en las épocas del oscurantismo junto con la superstición y el misticismo religioso.

Sin embargo, a pesar del interés de la humanidad por el dolor, no fue sino Aristóteles quien emprendió la búsqueda de su etiología. La teoría aristotélica atribuía el dolor a estímulos excesivos que se originaban en la piel y eran llevados por la sangre hasta el corazón en donde se experimentaba el dolor; éste se consideraba como un sentimiento mas que una sensación, por lo que denominado como "pasión del alma", tenía su origen central dentro del corazón.

⁶ Inst. Nal. Cancerología. Memorias del III Curso Internacional Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. s/p

Aristóteles se basaba en el siguiente razonamiento: lo que sentimos, es decir, las sensaciones, son las cualidades de los objetos; así, sentimos los colores, las formas, los sonidos, los aromas que exhalan, el sabor que producen en nuestra boca, etc. El dolor por su parte, es un “estado de general disgusto”, algo que se opone al placer.

El concepto aristotélico del dolor como emoción, persistió durante siglos y no fue sino hasta el siglo 19 que investigaciones procedentes de científicos, filósofos y clínicos permitieron llegar al concepto moderno del dolor.

Descartes fue uno de los primeros en discernir del concepto aristotélico postulando que el dolor se originaba en las vibraciones de la piel causadas por un estímulo nocivo que a su vez activaba un delicado hilo unido al punto de la piel que llegaba finalmente al cerebro. Este concepto también fue sostenido por Vesalio y Galeno, sin embargo, el concepto aristotélico prevaleció durante casi dos milenios.⁷

Erasmus Darwin fue el primero en afirmar que el dolor se siente cuando los estímulos sensoriales son más fuertes que lo usual, es decir, el dolor es consecuencia de una estimulación demasiado fuerte de cualquiera de los 5 sentidos clásicos.

En la época contemporánea, es importante citar los relevantes trabajos de Charles Bell, quién descubre en 1803 la diferencia entre las raíces dorsales y ventrales de la médula espinal, sensoriales las primeras y motrices las segundas, lo cual dará origen a la ley de Bell y Magendie que establece el carácter sensorial y motor de las raíces respectivamente.

Frederick Serturmer realiza entre 1806 y 1817 investigaciones que le condujeron al conocimiento del ingrediente activo del opio al cual llamó morfina (de Morfeo, dios griego del sueño).

⁷ I N C.Memorias del III Curso Internacional, ibidem, s/p.

Unos años antes, Joseph Priestley descubrió el óxido nitroso y Sir Humprey Davy, posteriormente, su aplicación.

A través de un periodo de intentos de ensayo y error, William T.G. Morton culminó en octubre de 1846 la demostración de la anestesia quirúrgica en el Massachusetts General Hospital, empleando cloroformo. Entre 1836 y 1884, se desarrolla la anestesia lo cual deriva en métodos que aun se emplean para el control del dolor, como fue el uso de cocaína tópica por Kooler en 1884.

Una importante aportación es establecida por Johannes Müller a través de su "teoría de las energías nerviosas específicas" que sostiene que a cada sentido correspondería un tipo distinto de nervio, el cual transmitiría cierto tipo específico de energía al cerebro. La naturaleza de la energía, dependería del receptor estimulado y el tipo de excitación transmitida por el nervio involucrado. Este principio fue aplicado en la vista, oído, olfato, gusto y tacto y concluyó que la sensación está en función de una causa externa que excita los nervios mismos, no de la cualidad o estado del cuerpo exterior.

En 1851 Von Helmholtz logra medir la velocidad de los impulsos nerviosos, dando origen a la electrofisiología moderna y concluye que todas las fibras nerviosas transmiten impulsos eléctricos que difieren sólo en magnitud, frecuencia y velocidad; lo cual debilita la teoría de Müller de las energías nerviosas específicas, sin embargo se sigue aceptando que el carácter de la sensación depende de la especificidad de las terminaciones nerviosas.

En 1884, Blix descubre puntos sensitivos en la piel específicos a 4 sensaciones: presión, dolor, calor y frío mediante pequeñas varillas calientes y frías y en 1894, Von Frei realiza mapas de los puntos sensitivos de la piel e identifica terminaciones nerviosas responsables de cada tipo de sensación. El dolor es recogido por fibras nerviosas que terminan en fibrillas finas, el frío por terminaciones grandes y bulbosas, el calor por

terminaciones en espiral y las sensaciones táctiles por redes de fibrillas en la contigüidad de los folículos pilosos.

Los estudios de Head, contemporáneo de Von Frey observaron que la sección de un nervio cutáneo producía una zona de anestesia completa en el territorio de distribución del nervio seccionado, rodeada de una banda en la cual la sensibilidad táctil estaba perdida y la localización perturbada, pero la sensibilidad al dolor aumentada. A esta sensibilidad la llamó protopática, mientras que a la sensibilidad perdida la denominó epicrítica; siendo la sensibilidad cutánea normal la resultante de la suma de ambas. Habría un tercer tipo de sensibilidad, la profunda, procedente de estructuras subcutáneas.⁸

Ya en el siglo 20, Weber realiza en 1934 avances en el conocimiento de la sensación, al distinguir el tacto del dolor y la diferencia mínima capaz de ser notada, que dio lugar a la ley de Weber que establece la relación matemática entre esta diferencia y la intensidad del estímulo.⁹

1.4 La Algología

La Algología es el estudio del dolor, sin embargo, se encuentra apenas en su primera infancia. Antes de la Teoría de las Compuertas de Melzack y Wall en 1956, había muy poco en la literatura sobre el dolor. Actualmente existe mucha información al respecto, pero aún debe ofrecerse más, no solo con la intención de mejorar el acervo de los profesionales de la salud, sino con el objetivo preciso de reconocer el problema del dolor como una prioridad, lo cual, históricamente no ha sucedido.

⁸ Báez Villaseñor José. Nosología Básica Integral, p. 5

⁹ Báez Villaseñor, ibidem, p. 3

La cuestión de la responsabilidad en el alivio del dolor fue estudiada a finales de la década de 1960 y principios de 1970 y se llegó a la conclusión de que los sistemas de cuidado de la salud no tenían en sus equipos ningún miembro responsable del alivio del dolor. Desafortunadamente, este problema perdura actualmente. La enfermera puede trabajar en un sistema, el hospital o la salud comunitaria, y personalmente pueda desear aliviar el dolor del paciente; no obstante puede descubrir que el sistema no contempla actualmente el alivio del dolor como una prioridad, situación que solo se circunscribe en un tercer nivel de atención y en algunas excepciones al ámbito privado.

Los estudios sobre la responsabilidad del tratamiento del dolor revelan que los miembros del equipo de salud son responsables de controlar la expresión de dolor de la persona, que puede incluir, petición de analgésicos, gemidos, expresión verbal de sentir dolor, o protección de la zona dolorosa. Estas expresiones de dolor podrían controlarse aliviando el dolor, no obstante, generalmente se intenta el control de la expresión de éste, pero sin aliviarlo.

La novedad de la ciencia sobre el dolor, Algología, tiene implicaciones prácticas por lo que respecta a la formación de profesionales. Una nueva ciencia necesita años para ganar la aceptación general y para que su cuerpo de conocimientos se extienda e incorpore en los programas de educación básica, pues es un hecho que muchos de los enfoques actuales difieren de lo enseñado y aprendido anteriormente e incluso son opuestos a lo que conscientemente han estado llevando a la práctica.

Los profesionales de la salud que recibieron información, hoy inadecuada o inexacta sobre el control del dolor, no son conscientes, a menudo de su falta de conocimiento sobre éste y debido a que la sensación dolorosa es subjetiva no puede ser medida por nadie excepto por la persona que sufre el dolor. ¹⁰

¹⁰ Mc. Cafferey, op cit, p. 3

La Algología encuentra hoy día su expresión a través de las clínicas para el paciente con dolor. John Bonica, un pionero en la investigación y tratamiento del dolor, fundó en 1961 la primera clínica multidisciplinaria del dolor en la Universidad de Washington, en Seattle. Dado que no existe un tratamiento del dolor para todos los pacientes, Bonica consideró que un grupo de especialistas y diversas opciones terapéuticas podrían ser el mejor enfoque para el tratamiento del mismo. La primera clínica para pacientes con dolor sirvió de modelo para clínicas similares en Estados Unidos y en otros países del mundo. Tal es el caso del hospital de veteranos de Mc Kinney fundado por el Dr. Duncan Alexander, quien tuvo bajo su tutela al Dr. Vicente García Olivera, mismo que fundó la Clínica del Dolor del Hospital General de México. En 1972, fundó se fundó la Clínica del Dolor en el Instituto Nacional de la Nutrición con el Dr. Ramón de Lille Fuentes, mientras que en el año de 1984, se funda en el Instituto Nacional de Cancerología por iniciativa del Dr. Ricardo Plancarte. Casi todas las clínicas del dolor aceptan pacientes remitidos, que bien pueden ser ambulatorios o quedar ingresados. Los miembros del equipo multidisciplinario lo conforman enfermeras, anestesiólogos, neurocirujanos, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales entre otros. Desde un primer momento, el equipo asegura al paciente que creen que el dolor es real.

Las clínicas del dolor actualmente tienen como funciones primordiales las de actividad asistencial (control del dolor), investigación en dolor, educación y entrenamiento.

Durante los últimos tres decenios se han asentado las bases para modificar el concepto del dolor a través de:

1. -Creación de programas internacionales que sustentan al programa del dolor como una prioridad. Como el alivio del dolor por cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. -Creación de clínicas de dolor multidisciplinarias a nivel mundial.

3. - Creación de organismos internacionales relacionados con el manejo del dolor. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IAPS) se fundó en 1974.

La Sociedad Americana del dolor (APS) en 1978. La International Pain Foundation en 1986.

4. - Publicación de revistas profesionales que se enfocan mayor o exclusivamente al dolor. Journal of Pain and Symptom Management, the Clinical Journal of Pain, Pain Management, Pain y otras muchas.

5. - Congresos nacionales e internacionales con el dolor como foco de atención académico.

Estos y otros muchos aspectos también han causado impacto en años recientes; la formación curricular de los profesionales de la salud, quienes por años no han recibido educación adecuada acerca del control del dolor y a quienes se debe reeducar para saber comprender y evaluar un síntoma que es subjetivo y referido como una experiencia individual del que lo sufre, y por tanto con frecuencia subestimado.

Asimismo se intenta reeducar con relación al uso y abuso de analgésicos, dado que a través de la demostración de múltiples estudios, es bien conocido que se emplean los fármacos de forma inadecuada.

Es importante también reeducar a la población con respecto al dolor, debilitando los conceptos mágicos y religiosos de castigo divino ligados a él que aun son tolerados por muchos como una prueba de resistencia ó como consecuencia de actos ofensivos frente a la divinidad.

El pensamiento actual, en cuanto al alivio del dolor y los derechos del paciente debe ser:

EL CONTROL DEL DOLOR:

1. - Es una meta terapéutica legítima.
2. - Contribuye física y emocionalmente al bienestar del paciente.

3. - Se encuentra bajo el control del paciente, toda vez que es él quien evalúa la efectividad del tratamiento y decide hasta donde llegar en la búsqueda de alivio.

EL PACIENTE TIENE DERECHO A:

1. - Decidir la duración e intensidad del dolor que puede tolerar.
2. - Ser informado de los métodos para el alivio del dolor, sus consecuencias favorables, y desfavorables, así como los aspectos controversiales.
3. - Elegir el tipo de tratamiento para el dolor que desee intentar.
4. - Vivir con o sin dolor. ¹¹

1.5 Aspectos sociológicos y psicológicos del dolor

Es fundamental el aspecto holístico de la persona y considerarla en el aquí y el ahora. Sin embargo, considerar su aspecto subjetivo, su yo, su experiencia interior, muestra de manera convincente que el paciente reacciona al dolor en cuanto a la significación que tiene para él. Sus percepciones, creencias, recuerdos, y experiencias convergen en un momento dado, matizando su manera de sentir y expresar su dolor.

Hoy día, existe el conocimiento de que la respiración, circulación y química sanguínea, por citar algunos ejemplos, varían según el estado emocional del individuo.

En la práctica cotidiana, las enfermeras transcriben en la historia del paciente las constantes de temperatura, frecuencia cardíaca y respiración, tensión arterial, sin embargo, es indispensable un mayor entrenamiento para saber leer lo que ocultan estas constantes.

¹¹ I N C Memorias del III Curso Internacional, op cit, s/p.

El percibir dolor requiere tanto un cuerpo físico como una mente. El sentir forma parte de la función mental. La idea de que la mente y el cuerpo están íntimamente entrelazados es tan antigua como la medicina y la filosofía.

La palabra psicósomático expresa que cuerpo y mente son una unidad, dos aspectos que se aplican a un mismo proceso. En los trastornos psicósomáticos los síntomas son somáticos, pero las circunstancias que los originan se encuentran en la vida emocional de la persona.

Un órgano enfermo puede afectar la personalidad del paciente, y en forma análoga, un conflicto emocional no solo trastorna la personalidad, sino que puede crear asimismo trastornos físicos.

La atención de una persona con dolor, requiere algo más que simple capacidad técnica, es decir, hay que atender tanto cuerpo como la mente. El cuerpo podrá tener una fractura, una herida, un cáncer, pero únicamente un corazón, en cambio puede llorar y únicamente una mente puede preocuparse. Y en ocasiones el llanto del corazón y la preocupación de la mente son más dolorosos que los achaques del resto del cuerpo.¹²

Toda enfermera se encuentra diariamente con reacciones y quejas que no tienen origen orgánico alguno, constatando una amplia gama de conductas en los pacientes que por su formación profesional ha de estar en condiciones de apreciar y por consiguiente actuar de modo inteligente en respuesta a ellas.

El papel de enfermera es a menudo el de mediadora e interprete entre el médico y el paciente y ejerce sobre la conducta de éstos una influencia considerable, por tanto, influye mucho que esta influencia sea constructiva.

El paciente con dolor, especialmente crónico es un ser con alteraciones psico-afectivas continuas. En cuanto se presenta el dolor, se inicia una desorganización tanto en su salud

¹² Madigan Marian. Psicología. Teoría y Práctica, p. 337

como en su vida diaria. El temor a un diagnóstico, el enfrentar un problema que suele pensarse irreversible, ocasionan en él un deterioro global, tanto en lo físico como en lo emocional, sexual, familiar, laboral y social.

Las alteraciones son severas pues hablan de pérdida de la salud, involucra persona, relaciones interpersonales, independencia, actividades, objetivos, planes y seguramente preocupaciones por el futuro.

Se desencadena en el paciente una gama de sentimientos, ansiedad, depresión aislamiento, rebeldía, culpa, inseguridad, frustración e impotencia, lo cual mantiene y exacerba el dolor, disminuye el umbral y la tolerancia y en algunos casos aparece el aspecto de ganancias secundarias por la enfermedad y el dolor.

Todas estas alteraciones también las manifiesta la familia, por lo cual es importante valorar a los integrantes de ella, estableciendo una dinámica de la situación actual que apoye y favorezca la terapéutica antiálgica del paciente.

Existen factores que influyen en el dolor y que en la valoración realizada por la enfermera deberá tomar en cuenta, las que se refieren a experiencias o vivencias de cada enfermo, desde que nació y cómo ha asimilado, sentido y controlado los eventos de dolor que ha sufrido, el ambiente en el que se desenvuelve, edad, patología que desencadenó el síntoma, cultura y educación.

El factor afectivo del dolor pone de manifiesto la asociación de éste con la ansiedad, la depresión, la pérdida de un ser querido, necesidades " regresivas " de castigo y culpabilidad.

Independientemente de la capacidad de la persona para resistir a la frustración, depresión, etc., el enfermar acumula sobre ella presiones complementarias. En el individuo existe el factor de la voluntad así como las emociones que desempeñan un papel importante tanto en la salud como en la enfermedad, por lo que siempre que el

funcionamiento regular del organismo se altera, casi de modo inevitable se desarrolla un estado de alteración psicológica. Este cambio hace que muchas personas enfermas y que padecen dolor sean realmente distintas de lo que eran cuando sanas y que resulten mucho más difíciles de tratar profesionalmente.

Sternback (1968) realiza investigaciones acerca del dolor y desarrolla un grupo de elementos para explicarlo y propone que la reacción del individuo ante el dolor comprende:

- a) Su manera de tratar las percepciones, especialmente la respuesta a la ansiedad.
- b) La asociación aprendida de los estímulos físicos que producen dolor con el contexto social en el que tiene lugar éste.
- c) La modificación sensorial interna como respuesta al dolor.¹³

La forma en que una persona reacciona a su enfermedad y sus manifestaciones, entre ellas el dolor, será en ocasiones más importante que la enfermedad misma; por ello la enfermera deberá conocer no solo el carácter de la enfermedad de su paciente, sino también algo de su historia, de sus aspectos económico y social, de las actitudes de su familia y de cómo influye todo ello en el terreno emocional del paciente.

Es el toque personal el que la enfermera debe añadir a su actuar a través de una sólida comprensión de las relaciones humanas para identificar las ansiedades, conflictos y frustraciones que ejercen una influencia directa en el proceso salud- enfermedad del individuo.

La esfera psicológica del paciente está íntimamente relacionada a la esfera social, es por ello importante que la enfermera involucrada en el cuidado de un paciente con dolor, tenga presente que éste pertenece a un grupo social y que a través de un proceso de socialización está inmerso en una cultura que comunica y preserva. Mediante este

¹³ Ruch Zimbardo. Psicología y Vida. p 289

proceso quienes pertenecen o unen al grupo aprenden actitudes, valores, intereses, destrezas, conocimientos y expectativas que lo distinguen de otros grupos con que se relaciona, en un proceso ininterrumpido e influenciado por la atmósfera, clima social e interacciones entre sus miembros.¹⁴

En este proceso el individuo adquiere ciertos patrones de conducta social que se reflejan en actitudes y valores que conforman su manera de ser en una cultura definida por sus propias normas de conducta basadas en suposiciones, expectativas y costumbres, de tal manera que en el proceso salud- enfermedad de todo ser humano, ejercen una influencia determinante. Es por ello que los individuos ante un proceso patológico actúan de formas diversas y afrontan sus manifestaciones de acuerdo a su dimensión social, la cual es influenciada continuamente por aspectos tales como la edad, el sexo, estado civil, y educación entre otros, y en cuya interacción el individuo ejerce un papel en el ámbito social.

La edad es una medida de desarrollo biológico que también se le relaciona con el incremento de facultades y capacidades y más tarde con el deterioro de las mismas. La edad ejerce influencia directa en la posición social, autoridad, intereses culturales, valores, la manera de concebir la vida, su madurez y desarrollo social.

El sexo condiciona en nuestra cultura diferencias sustanciales en el trato y actitud especialmente hacia la mujer, a quien biológica y psíquicamente se considera en nuestra cultura, inferior, sumisa y sensible, mientras que al hombre le privilegia como agresivo, fuerte e independiente. Sin embargo, un aspecto interesante es que la mujer muestra mayor interés por sus semejantes, confía más en la gente y llega a conocerla más a fondo, reaccionando por consecuencia con mayor empatía a las necesidades ajenas.

¹⁴ López Frank. Aspectos Sociológicos de Enfermería, p. 55

Por otra parte, existen problemas y necesidades propias de los grupos que pertenecen a determinado estado civil, por ejemplo, un paciente casado propende a expresar ansiedad por las repercusiones que una enfermedad, procedimiento o tratamiento produce en el resto de la familia, aunque es razonable suponer que cuenta con apoyo emocional y que sus parientes le visitan. El soltero por el contrario, posiblemente carece de apoyo íntimo y constante y tiende a establecer relación con personas que no están unidas a él estrechamente.

La nacionalidad y la raza son igualmente aspectos a considerar en la dimensión sociológica del paciente, ya que las ideas, valores y actos de la persona se estereotipan en patrones típicos y generalmente fijos, por ejemplo, se dice que los españoles son sumamente emotivos, mientras que los miembros del grupo étnico tzotzil son reservados, desconfiados y sus valores, prioridades y aspiraciones suelen centrarse en el respeto al hombre y la naturaleza, por lo que preservarla, es una condición indispensable para su autoestima.

La enfermera debe tener presente que los pacientes proceden de las culturas más diversas y que situaciones de comprensión y comunicación deficientes, especialmente en el proceso asistencial, plantearán de cuando en cuando algunos problemas, que sólo a partir de la tolerancia y el respeto de los hábitos y costumbres de los demás, será más fácil explicar, hablar, e interactuar en el proceso salud- enfermedad del paciente.

Por su parte, la ocupación o profesión es por lo general indicador del estilo de vida y valores culturales que la persona profesa; sin embargo, el estilo de vida ha perdido claridad a causa de los cambios acelerados que se han producido en el mundo, sobre todo los debidos a la expansión de oportunidades de educarse y a la oportunidad de progresar por mérito personal. Aun cuando se piensa que los obreros pertenecen a la clase trabajadora y los que ejecutan tareas de otra índole a la clase media, los tiempos

han cambiado y la división de clases no se basa exclusivamente en la profesión. Se dice que pertenecen a la misma clase social aquel grupo de individuos que posee o se atribuye tipos similares de privilegios, responsabilidades y posiciones de estatus y que se manifiesta en patrones conductuales, expectativas y actitudes similares que influirán sin duda en los antecedentes y actitudes ante la enfermedad.

La situación económica de una familia depende de un grupo de factores, entre ellos: el número de miembros que trabajan, el número de dependientes, la fase de crecimiento de la familia, su estilo de vida así como sus necesidades médicas y educacionales. Sin embargo no basta conocer los ingresos del paciente o la condición económica de su familia para que la enfermera logre informarse bien acerca de él, sino que tendrá que tener el tacto necesario para formular preguntas directas a través de las cuales le brindará apoyo afectivo y solicitará la ayuda de una trabajadora social si se necesita.

La escolaridad del paciente tiene grandes repercusiones; es una dimensión sociológica a partir de la cual la enfermera informará sobre la enfermedad y de la que depende el grado de participación en decisiones relativas al tratamiento y recuperación. La enfermera jamás debe olvidar que un paciente de baja escolaridad necesita mucha ayuda para entender su enfermedad y las manifestaciones de ésta y que una asistencia óptima no deberá afectarse por actitudes y expectativas de los pacientes con diferentes grados de escolaridad y que habrá en ciertos momentos que modificar ciertas normas y procedimientos para lograr una mejor relación con el paciente.

Es importante subrayar que el conocimiento de las dimensiones sociológicas del paciente permite a la enfermera ser más sensible al influjo de éstas, permitiéndole percibir que pueden variar según el contexto del paciente y advertir así la manera en que le afectan.

Es comprensible que la enfermera perciba una contradicción entre el principio de que debe dar un trato igual a todos los pacientes y el de no tratar igual a las diversas clases

de pacientes, lo cual no supone necesariamente un conflicto. La expresión " igual trato" no significa trato idéntico, sino prestar la atención y cuidados que exigen las necesidades de cada uno. La realidad es que los seres humanos, incluyendo paciente y enfermera, muestran notables diferencias en múltiples aspectos, lo cual contribuye a que la enfermería sea una profesión que hace del aspecto psicosocial una tarea que plantea fascinantes problemas para la enfermera como persona y como profesional.

Capítulo 2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA INDIVIDUAL AL DOLOR

2. † Ansiedad.

La ansiedad es un estado de tensión excesiva que se acompaña de aprensión e intranquilidad. Es la reacción del individuo ante un peligro con frecuencia inespecífico o provocado por el estrés o conflictos no resueltos.

El hombre tiene diferentes formas de reaccionar ante una situación estresante, de acuerdo a su personalidad, experiencias vividas, valores morales, ambiente sociocultural, etc. Cuando una persona confronta una situación que amenaza su imagen, presentará ansiedad porque está perdiendo su prestigio, su estatus y el reconocimiento social, que afecta más que la muerte misma a algunas personas. Por lo tanto, la ansiedad es una respuesta normal a la amenaza de la propia imagen; sin embargo, provoca reacciones fisiológicas del sistema nervioso autónomo: nerviosismo, aprensión, hipertensión, taquicardia, cefalea, mialgias, palidez de tegumentos, aumento de sudoración en manos, relajación de esfínteres, boca seca, entre otros.

Si el estado de ansiedad no es muy grave, ciertas manifestaciones pueden ser controladas por la misma persona (timidez, hipersensibilidad a las opiniones de los demás,) pero si la angustia es constante la persona se vuelve distante, con sentimientos de inferioridad, encuentran muy difícil tomar decisiones y temen cometer errores. Si la angustia es más perturbadora y se ha exacerbado puede expresarse como insomnio, irritabilidad, hiperactividad, agresividad, ataques de llanto, fatiga crónica, incapacidad para concentrarse, taquicardia, náuseas, diarrea, disnea, midriasis, diaforesis, astenia, micción espontánea o depresión. Cuando la angustia es crónica, se presenta insomnio, pesadillas, escalofríos, dolores generalizados y preocupación sin saber por qué o de qué.

Cuando la amenaza es real y objetiva se conoce como ansiedad normal y cuando es imaginaria se conoce como ansiedad neurótica, cuya finalidad es la búsqueda de seguridad.¹⁵

2.2 Experiencia previa.

El aprendizaje de las respuestas socialmente aceptables al dolor se hace en las primeras etapas de la vida y depende de la forma en que cada familia afronta el dolor. Generalmente, cuanto mayor dolor se haya sufrido durante la infancia, mayor será la percepción del dolor en la etapa adulta. Los estudios realizados en pacientes con dolor crónico han demostrado que tienden a haber sufrido una cantidad de dolor superior a la media en su vida familiar. No obstante, no es verdad que cuanto más dolor experimente un paciente, más se acostumbrará a él.

La enfermera debe comentar con el paciente sus experiencias previas con el dolor para conocer las medidas que le han sido útiles anteriormente; incluso así puede parecer que algunas medidas tienen escasas probabilidades de ser útiles si no son lo suficientemente potentes o están contraindicadas. Igualmente, valorará también qué medidas no le han sido útiles para su alivio.¹⁶

2.3 Ambito sociocultural.

La importancia del ámbito sociocultural ejerce una influencia determinante en la significación que el individuo confiere al dolor; es decir, la persona es modelada por la

¹⁵ Novel Martí Gloria. Enfermería Psicosocial.

¹⁶ Beare Myers. Principios y Práctica de la Enfermería Médico Quirúrgica, p. 236

cultura de la que forma parte, por el núcleo en que se ha desarrollado, por los valores que ha asimilado y por sus experiencias particulares de vida.

Cuando la persona crece en alguna parte de un país donde casi todos tienen los mismos antecedentes, religión, tipo físico y costumbres, existe la tendencia a pensar que quienes son diferentes por "observar costumbres raras", son gente que muchas veces se cataloga como extraña o supersticiosa.

El conocimiento del aspecto cultural permite a la enfermera reconocer, analizar y tratar las "diferencias" que encuentra en pacientes procedentes de medios extraños y cuyos hábitos de alimentación, sueño, limpieza, puntualidad, obediencia y respuesta al dolor son diferentes y cuyo reconocimiento y respeto pueden ayudar a alcanzar logros significativos en su salud.

Una persona enferma, que ha sufrido una lesión, que está a punto de dar a luz, o está moribunda, expresa por lo general su dolor, y depende mayormente de otras personas para su cuidado.¹⁷

Es por ello necesario que la enfermera analice tanto sus propias actitudes culturales como las de otras culturas con las que establece contacto, especialmente en lo que se refiere a asuntos como la dependencia, el perder o ganar autonomía y recibir ayuda de otros. En muchas culturas por ejemplo, a una persona que está enferma, su familia le mece, arrulla o canta como si se tratara de un niño, o le lloran prematuramente como si ya estuviera muerta.

A menos que la enfermera se de cuenta de que en la sociedad, todo lo que concierne a la salud está íntimamente ligado a conceptos de "deber hacer" o en caso contrario asumir la del no hacer y consecuencia, será incapaz de entender la angustia que produce cualquier cambio en las prácticas relacionadas al alivio del dolor.

¹⁷ Mc.Gregor Frances. Las ciencias sociales y la enfermería, p.61.

Para los miembros de algunas culturas, el contacto con médicos, enfermeras o un hospital es atemorizante, bien porque tengan que compartir el cuarto con alguien, por falta de intimidad, porque jamás se han desvestido en presencia de otra persona, porque perciben sensación de peligro o tal vez porque enfrentan terribles sentimientos de soledad.

Ideas acerca del valor del reposo como ayuda a la recuperación estén probablemente en contraposición con las costumbres de otras culturas en las que el individuo se siente a salvo y querido solo cuando está rodeado de mucha gente. La renuencia a entrar a un hospital, la dificultad en llevar a cabo un tratamiento y muchas depresiones pueden deberse al sentimiento de soledad del paciente que se ve separado de sus amigos y familia. En muchos grupos culturales, por citar un ejemplo, el morir en soledad es la cosa más terrible que puede sucederte.

Esta tendencia a distinguir entre un paciente y otro y cuyas actitudes están más cerca o se adaptan mejor a nuestra propia escala de valores, se demuestra claramente en las actitudes hacia la expresión del dolor y la respuesta a éste. Habrá por consiguiente personas que con mucho orgullo soportan el dolor, rehusando admitir que algo les duele, u otros que demuestran activamente lo mucho que sufren, buscando simpatía y consolación. Existen muchos pacientes cuyo dolor les provoca una protesta en forma ruidosa, otros quieren que se sepa y reconozca su dolor y después se aprecie la forma cómo lo sobrellevan, otros lo manifiestan para que el visitante lo compadezca de corazón. Los pacientes provenientes de estos diferentes medios culturales se comportarán de manera muy distinta y corren el riesgo de ser tachados de infantiles, exigentes o faltos de dominio o disciplina de sí mismos, siendo que cada individuo actúa de acuerdo a la forma aprobada en su cultura.

Como en la respuesta al dolor, así en los conceptos de cada persona sobre el cuerpo humano, se observan amplias diferencias. Estos conceptos son cruciales cuando se trata de informar sobre síntomas y responder a los cuidados de enfermería. Durante los últimos años ha habido un cambio profundo en los sentimientos acerca del cuerpo humano, sin embargo, en algunos ámbitos culturales es un terreno prohibido pues el cuerpo es considerado sagrado e inviolable, porque está hecho a imagen de Dios, porque se regenera a sí mismo, porque se divide en una parte superior buena y una inferior mala..., por lo que los procedimientos del baño, rasurada, preparación para cirugía, toma de muestras, enemas, catárticos o eméticos tropiezan siempre con una u otra de estas actitudes: algunas veces son una amenaza, otras, una experiencia tolerable y muchas otras, un traumatismo insufrible.

Cuando la enfermera observa entonces la gran variedad de modos como la gente de cualquier cultura puede expresar su comportamiento y actitudes ante el sueño, la alimentación, el reposo, el dolor y el cuerpo, puede preguntarse cómo enfrentar todo esto. Esto implica entender plenamente que lo que uno hace, siente y piensa no es forzosamente lo natural y correcto, sino que es herencia de una tradición. Entonces, será bastante fácil aprender, muchas cosas sobre la cultura de personas de otra clase social o lugar de nacimiento.

Es por consiguiente una tarea urgente aprender a entender y aceptar las diversas culturas en nuestra relación diaria con los enfermos, cada uno de los cuales tiene un diferente antecedente cultural, influenciado ya sea por el aspecto religioso, la clase social, el idioma o la nacionalidad.

Podría pensarse que la enfermera ya sobrecargada de deberes no puede convertirse en una enciclopedia de hábitos alimentarios, códigos de pudor, creencias sobre el nacimiento y la muerte o actitudes hacia el doctor. Puede aspirar sin embargo, a entender en qué

consiste la naturaleza de las diferencias culturales, aprender acerca de su propia cultura y el lugar que en ella ocupa para reconocer y valorar las preferencias y prejuicios que ha adquirido de su familia, amigos y ámbito laboral.

Sobre esto como base, puede asimilar conocimientos que le basten para ser sensible a las diferencias culturales; entonces, cuando su paciente se comporte de una manera que parezca extraña, ridícula o inexplicable, la enfermera puede detenerse y preguntar a sí misma o algunas veces preguntar al enfermo, si existe algún antecedente cultural de dicho comportamiento.

Si se hace esto con frecuencia se descubre que de la misma forma que el oído se acostumbra a distinguir un dialecto de otro, al grado de poder ubicar geográficamente a la persona que habla, así puede uno desarrollar sensibilidad para las diferencias culturales, entendiendo cuándo una cierta conducta se debe a una idiosincrasia individual, cuándo proviene de una actitud de clase social, cuándo a antecedentes nacionales, regionales, o religiosos.

Esto no significa que los procedimientos de un hospital o la suma de actividades de la enfermera deban necesariamente de cambiarse para responder a las actitudes culturales de determinado paciente, pero si le enseñará a entender lo que el paciente siente, evitando juzgarlo como irrazonable, molesto o poco cooperador.

Aunque es muy importante poder distinguir la gama enorme de diferencias culturales, lo más importante es que la enfermera se dé cuenta que cualquiera que sea la raza, credo o lugar de origen de sus pacientes, todos son como ella misma, miembros de la raza humana.

Solamente cuando el conocimiento de su propia posición cultural ha sido plenamente asimilado, estará la enfermera lista para comprender que los otros seres que comen,

hablan y sufren de manera diferente a la propia, no son tan diferentes, sino que son tan humanos como ella misma.¹⁸

2.4 Creencias religiosas.

La fe y la esperanza ejercen un papel preponderante en nuestra cultura, especialmente en el proceso salud- enfermedad del individuo.

Tomando como punto de partida que la religión se centra en ideas, creencias y prácticas, constituye uno de los factores de mayor peso en las actitudes y comportamiento del ser humano.

La orientación religiosa dicta un código moral e influye en las actitudes familiares relativas a la educación, los roles masculino y femenino y en las creencias relativas al dolor, el sufrimiento y al destino último del ser humano.

El factor con más influencia en nuestro país es la religión católica, para cuyos adeptos el dolor posee un sentido "místico" y la importancia del sufrimiento radica en que el hombre está llamado a amar mediante el dolor." El sufrimiento y la muerte están para conducir al hombre hacia una vida futura y la única manera de entenderles es a través de la fe".¹⁹

Independientemente de la religión que profese el paciente, el carácter divino que ésta otorga al dolor, le confiere un sentido profundamente humano porque a través de él, la persona se conoce a sí misma: su humanidad, su dignidad y su misión. El dolor por tanto, tendrá diversos significados: castigo por pecados cometidos, un medio para la curación, un reto, una forma de valorar el sufrimiento, una forma de apreciar la salud, una oportunidad con sentido profundo y dirección, hacer el bien mediante el sufrimiento y hacer el bien a quienes sufren.

¹⁸ Mc. Gregor Frances, op cit, p. 66

¹⁹ Wojtyla Karol. Encíclica Salvific Doloris.

La enfermera por consiguiente debe comprender el papel que la religión tiene en la forma de vida de su paciente, siendo la tolerancia y respeto hacia sus creencias, oraciones o ritos, una muestra de su profesionalismo y una oportunidad para entender estas manifestaciones como parte de la cultura inherente al mismo.

Capítulo 3. FISIOLÓGÍA Y TRANSMISIÓN DEL DOLOR

3.1. El Sistema Nociceptivo.

El dolor es una sensación desagradable, se describe en términos de proceso penetrante o destructor de tejidos (en puñalada, quemante, retorcido, desgarrador, como presión), de reacción emocional o corporal (terrorífico, nauseabundo), o ambas. Además, cualquier dolor de intensidad moderada o leve se acompaña de ansiedad y de la necesidad de escapar o terminar con esa sensación. Estas propiedades ilustran la cualidad del dolor: es una sensación y una emoción.²⁰

La función del sistema nociceptivo es detectar, localizar e identificar los procesos que lesionan los tejidos.

3.2 Transmisión del Dolor.

Los tres tipos de neuronas (células nerviosas) que intervienen en la recepción y transmisión del dolor son las neuronas aferentes o sensitivas, las eferentes o motoras e interneuronas o las neuronas de conexión. Todas estas células nerviosas tienen tres partes: cuerpo neuronal, axón y dendritas. Las neuronas tienen receptores en los extremos por lo que el impulso doloroso es conducido hacia la médula espinal y de allí al cerebro. Estos receptores tienen terminaciones muy especializadas que inician el impulso como respuesta a los cambios físicos o químicos producidos²¹.

Los receptores del dolor, denominados nociceptores, son terminales nerviosas. Los nociceptores responden a los estímulos dañinos o potencialmente dañinos, los cuales pueden ser de carácter químico, térmico o mecánico.

²⁰ Harrison. Principios de Medicina Interna, Tomo I, p 57.

²¹ Beare Myers. Op cit, p 237.

Los estímulos químicos del dolor incluyen la histamina, la bradiquinina, las prostaglandinas y los ácidos, algunos de los cuales son liberados por los tejidos lesionados. El tejido anóxico también libera sustancias que pueden causar dolor. La inflamación de los tejidos puede ocasionar dolor al presionar los nociceptores de los tejidos adyacentes (estimulación mecánica).

Como resultado de lo anterior, la sensibilidad al dolor puede aumentarse frente a un estímulo doloroso normal (hiperalgesia) o frente a estímulos normalmente no dolorosos, como el tacto, los cuales pueden volverse dolorosos (alodinia).

Son dos los tipos de fibras que se encargan de transmitir los impulsos dolorosos a la médula espinal: las fibras A-delta de conducción rápida, ligeramente mielinizadas y las fibras C no mielinizadas y de conducción lenta. El dolor que se describe como "agudo" o "punzante" y que puede localizarse fácilmente es el resultado de los impulsos transmitidos por las fibras A-delta. Un ejemplo de este tipo de dolor es el que se siente al pincharse con una aguja. El dolor que se describe como "quemante", "sordo" o "continuado" y que parece ser más difuso es el resultado de impulsos transmitidos por las fibras C. Los impulsos transmitidos por las fibras mielinizadas de mayor diámetro A-beta y A-alfa ejercen un efecto inhibitorio sobre aquellos que son transmitidos por las fibras A-delta y C.

3.3 Modulación del dolor.

El descubrimiento de los receptores cerebrales a los que se unen los compuestos opiáceos, condujo al descubrimiento de dos pentapéptidos endógenos neurales semejantes a la morfina, la metencefalina y la leuencefalina.

Estas encefalinas se clasifican como endorfinas (de los términos endógenos y morfina). Se cree que las endorfinas suprimen el dolor mediante dos mecanismos: (1) actuando presinápticamente para inhibir la liberación de la sustancia neurotransmisora P y (2)

actuando presinápticamente inhibiendo la conducción de los impulsos dolorosos. Las endorfinas se encuentran en gran concentración en los ganglios basales del cerebro, el tálamo, el mesencéfalo y el asta dorsal de la médula espinal.²²

3.4 Teorías sobre el origen del dolor.

Se han propuesto múltiples teorías acerca de la transmisión del dolor. Las teorías de la emoción, la especificidad y el patrón, se convirtieron en las primeras teorías que impulsaron el desarrollo de la teoría del control de entrada, que si bien, no explican completa e integralmente la transmisión del dolor, sirven de base para entenderla.²³

3.4.1 Teoría del control de entrada.

La teoría del control de entrada fue propuesta en 1965 por Melzack y Wall. Esta teoría sostiene que los impulsos dolorosos que provienen de la periferia llegan hasta la sustancia gris de las astas dorsales de la médula espinal, donde existe un mecanismo de entrada llamado sustancia gelatinosa, que puede abrir o cerrar la transmisión de los impulsos dolorosos hacia el cerebro.

Esta actividad depende de la cantidad de estimulación que reciban las grandes y pequeñas fibras nerviosas. Por lo general, estas fibras compiten entre ellas; si el estímulo afecta a un mayor número de fibras grandes que de fibras pequeñas, la transmisión del dolor quedará inhibida. En esencia, la puerta se cierra y los impulsos dolorosos no se transmiten al cerebro, con lo que el dolor no se percibe.

Si el estímulo afecta más a las pequeñas fibras nerviosas que a las grandes, se facilita la transmisión del dolor, es decir, la puerta se abre.

²² Long Phipps, Casemeyer. Enfermería Médico Quirúrgica, p 171.

²³ Long Phipps. Ibidem, p 172

Además de este mecanismo de entrada de la médula espinal, existen otros lugares del Sistema Nervioso Central que pueden inhibir los estímulos dolorosos. Los estímulos procedentes del tronco del encéfalo y causados por un estímulo sensorial, como una distracción o una fantasía, o los de la corteza cerebral y el tálamo, causados por las técnicas de relajación y reducción de la ansiedad, pueden impedir la entrada de los estímulos dolorosos.

La teoría del control de entrada del dolor de Melzack y Wall proporciona una explicación sencilla a ciertas acciones que se han practicado desde hace mucho tiempo. Si una persona tropieza, inmediatamente se frota y se siente mejor. Según esta teoría, el roce hace que las grandes fibras nerviosas cierren la entrada del dolor.²⁴

3.4.2 Teoría de las Endorfinas – Encefalinas.

En 1973 se descubrió que existen en el encéfalo péptidos endógenos con efecto opiáceo. Estos péptidos, denominados endorfinas, son sustancias naturales que tienen propiedades similares a la morfina, aunque no ofrecen ventajas sobre los opiáceos exógenos, como la misma morfina.

Las endorfinas son los polipéptidos más grandes y potentes que se encuentran en la hipófisis y en otras zonas del Sistema Nervioso Central. Modulan el dolor al evitar la conducción de los impulsos dolorosos en el SNC.

Las encefalinas son neurotransmisores específicos más pequeños, que se unen a los receptores de los opiáceos en las astas dorsales de la médula espinal. Modulan el dolor al cerrar la entrada y detener los impulsos dolorosos.

²⁴ Beare Myers, op cit, p.238

Algunas actuaciones no farmacológicas ayudan a aliviar el dolor estimulando la producción de endorfinas. Entre ellas se encuentran la acupuntura, y la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.

3.4.3 Teoría de los multirreceptores opiáceos.

Un opiáceo es un fármaco, natural o sintético, con propiedades similares a las del opio o la morfina. Los receptores son zonas especializadas de las membranas celulares que captan de manera específica determinados fármacos u hormonas.

En la actualidad se conocen cuatro clases de receptores de opiáceos : mu, kappa, delta y sigma que están distribuidos por todo el SNC. El concepto de estos distintos receptores ayuda a entender los diferentes efectos de los analgésicos opiáceos.²⁵

²⁵ Beare Myers. Op cit, p. 239

Receptor	Agente prototipo	Localización	Efectos SNC
Mu	Morfina	Cerebro (supraespinal)	
	Fentanil	Lámina III-IV	Analgésia-euforia
	Codeína	Corteza	Dependencia
	Meperidina	Sustancia gris	Depresión resp. Y de motilidad G. I.
	Metadona	Tálamo periductal	Bradicardia
	Hidromorfona	Médula espinal	Sedación ++
Kappa	Ketociclazocina	Cerebro	Analgésia espinal
	Dinorfina	Hipotálamo	Sedación +++
	Butorfanol	Sustancia gris	Miosis
		periacueductal	Inhibición de <i>Clastrum</i>
		Médula espinal	diurética
	Sust. Gelatinosa	Estímulo vasomotor Dep. respiratoria	
Delta	Encefalinas	Cerebro	
	DADL	Núcleo pontino	Analgésia
	LDS	Amígdala	Euforia
		Bulbo olfatorio Corteza profunda	
Sigma	N-allyl normetazocina	Propiedades intermedias	Disforia Alucinaciones
	Ketamina		Estimulación Psicomotriz

26

²⁶ Reyes Nieto. Guía básica para el manejo del dolor por enfermería, p 41

Capítulo 4. - ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO

AL PACIENTE CON DOLOR

En el contexto actual, el avance científico y técnico de las diferentes disciplinas de la salud, nos demuestra que la enfermera ha dejado de ser ejecutora de los razonamientos y disposiciones de otros miembros del equipo de salud, lo que exige una fundamentación a sus acciones, dado que es ella quien observa, presencia y valora las necesidades del paciente, quien bajo el efecto del dolor está preocupado y por tanto, no está en condiciones de responder a quien lo rodea y de reaccionar frente a los acontecimientos en la misma forma que lo hace cuando no sufre. Comprender ésta y otras situaciones y encausarlas adecuadamente, es el punto de partida para ayudarle a aliviar el dolor.

4.1 Relación Enfermera – paciente.

Se rige entre sus principios por el respeto a la individualidad de cada paciente, lo que significa evitar toda generalización, pues a pesar de que las apariencias o demandas sean "iguales", las personas son muy diferentes. Además quien crea que posee la verdad absoluta, y que todos deben pensar, sentir y reaccionar como ella, requiere de un gran trabajo sobre sí misma, para evaluar sus ideas y equilibrio interior y así ser tolerante a las diferencias.

La cantidad, calidad y variedad de experiencias que la enfermera comparte con los pacientes, puede provocar como es natural, cansancio en ella; esto reclama capacidad para adaptarse con rapidez a cada nuevo paciente, lo cual requiere de cierta práctica: guardar o mantener la distancia terapéutica, sin dejar de ser cálido, aceptante y participante con el paciente identificando cuándo detenerse a tiempo y tomar unos minutos de descanso o relajación, lo cual refleja un criterio de eficiencia, responsabilidad y

respeto para el paciente pues es preferible pensar en términos de calidad ofrecida, que en cantidad de pacientes atendidos.

Durante la relación de ayuda con el paciente, la enfermera desempeña varias actividades.

1. Ser una persona a la que se puede recurrir. Que proporcione información y aporte al paciente respuestas específicas al problema que éste le presenta.
2. Ser para el paciente como un "espejo cálido". Gracias a esta actitud de aceptación, respeto, interés, empatía, escucha, autenticidad y de feed back, el paciente puede ver más claramente nuevas perspectivas para abordar el problema.
3. Desempeñar un papel de acompañamiento. Acompañar al paciente en la labor de exponer y clasificar su problema, así como la aceptación de la expresión de sus emociones y sentimientos, a fin de conocer mejor cómo el paciente ve o siente su situación y poder ayudarle.
4. Relación de sustituto de amigo. Que el paciente pueda confiarse sin esperar otra cosa que ser escuchado y comprendido.
5. Ser consejero en determinadas situaciones.
6. Desempeñar un rol de prevención. Para favorecer este aspecto es de gran importancia la información brindada por el paciente a fin de favorecer la identificación y uso de sus recursos y capacidades esenciales para su participación, integración y aceptación en la relación de ayuda.
7. Desempeñar el rol de persona neutra. La enfermera debe prestar al paciente interés, atención e incluso afecto. Esto supone tratarlo como una persona sin ponerle etiquetas, ni dejarse influenciar por la mayor o menor simpatía o antipatía. Esta mentalidad permitirá mantener una cierta distancia que le permita poder valorar mejor la problemática del paciente.²⁷

²⁷ Cibanal. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente, p.3.

4.2 Necesidades y Sentimientos del Paciente.

La enfermera es a menudo mediadora e intérprete entre el médico y el paciente. A menos que logren una comunicación eficaz, el paciente desarrollará ansiedad, resistencia o antagonismo al tratamiento, que con frecuencia lo desconcierta o asusta.²⁸

4.2.1 Atención.

Es una actitud en la relación de ayuda que se dirige al reconocimiento y a la valoración del otro. Se manifiesta en la presentación de los interlocutores y en el esfuerzo por situar al paciente en el centro del diálogo, buscando un acercamiento humano y respetuoso.

Unido a la atención se encuentra la observación, mediante las cuales la enfermera obtiene información acerca del ambiente, relaciones familiares y estado de ánimo del paciente.

La enfermera por tanto debe estar alerta en las necesidades emocionales del paciente y a percibir los sentimientos que hay de fondo en los comentarios del mismo.

Al escuchar, la enfermera debe recordar que el paciente tiene derecho a sus propios sentimientos, aún si estos le parecen a ella, peligrosos, hostiles o aburridos. Deberá indicarle mediante su actitud, que lo que está diciendo reviste importancia. Si sus propios sentimientos, como enojo, fatiga, aburrimiento o intolerancia, no crean una barrera, ella estará en condiciones de establecer con el paciente, una relación positiva.²⁹

Como lo dice Peplau (1952): "cuando la enfermera deja que los pacientes expresen lo que sienten y logra llevar a cabo, con todo, toda la atención de Enfermería que se necesita, entonces los pacientes pueden sufrir la enfermedad y las dolencias que ésta

²⁸ Madigan Marian, op cit, p 350.

²⁹ Molina Restrepo, op cit, p 41.

conlleva, como una experiencia que da nueva orientación a sus sentimientos y refuerza en la personalidad, fuerzas positivas”³⁰

4.2.2 Calor humano.

El establecer una calidad de acogida hecha de bondad, de responsabilidad y de “interés desinteresado” es indispensable en la relación de ayuda que se genera con el paciente.

Calor humano y comprensión van de la mano, sin embargo, a menudo son mal interpretadas por algunas enfermeras, ocasionando que no se respete una distancia terapéutica. No se trata de establecer con el paciente una relación de amistad, ni de benevolencia, ni tampoco de un “cierto profesionalismo”, entendido éste como distancia, frialdad, falta de sensibilidad o de afecto hacia el paciente.³¹

Se trata por tanto de una manera de ser interior, que puede expresarse mediante palabras y gestos afectuosos.

Calor humano, es “la energía afectiva que dirigimos hacia el otro y que recibimos de él. El calor humano no se experimenta en un sitio determinado del cuerpo, se percibe. Se expresa de manera especial con el rostro, los ojos, las manos y el tono de la voz.”³²

4.2.3 Escucha.

La habilidad de escuchar se manifiesta como una actitud particular que exige aceptar al otro tal y como es, con sus cualidades y sus defectos, respetando su personalidad. La escucha no es sólo una técnica basada en el conocimiento del comportamiento humano y de sus motivaciones, de sus reacciones y manifestaciones, sino que además exige de la enfermera una competencia especial: Tratar de animar al paciente de exponer su

³⁰ Peplau Hildegard. Relaciones interpersonales en enfermería, p 31.

³¹ Cibanal, op cit, p 4.

³² Molina Restrepo, op cit, p 41.

problema y saber detectar, gracias a un agudo espíritu de observación lo que él no ha dicho.

En esta técnica de "escucha centrada en el paciente" la enfermera sólo interviene para permitir que el paciente se exprese y se manifieste, proceso que resulta más fecundo pues son las experiencias de paciente y no teorías o principios extraños a tal experiencia las que determinan la relación de ayuda a partir de la atención no solamente del contenido explícito que expresa el paciente, sino también a través de la observación de cómo presenta los hechos, sus olvidos, los temas que evita o lo que no responde directamente, las excusas y repeticiones, sin olvidar una serie de reacciones íntimas, tales como irritación, amargura, satisfacciones, deseos, recuerdos, etc.³³

Esta forma de escuchar permite dejar la iniciativa de la entrevista al paciente, que expone su preocupación, manifiesta sus temores o quizá su desaliento, permitiendo de igual manera conseguir un doble objetivo respecto al paciente: entender su problema y al mismo tiempo, disminuir su perturbación o angustia que el dolor, cual sea su etiología, le ocasiona.

Cuando escuchamos al paciente hemos de estar concentrados en ello y no en otra cosa, persona o lugar. Esto es, no estaremos disponibles para nadie más que la persona que está delante de nosotros y para la cual su problema es único y lo más importante. De esta manera, la enfermera muestra al paciente que merece su atención. De lo contrario, puede pensar que no se le tiene consideración, o que se siente molesta, que no quiere escucharlo o que busca un pretexto para quitárselo de encima.

Cuando la enfermera, está con el paciente, no debe ocuparse de otra cosa, no debe por ejemplo, ordenar papeles, leer títulos de periódicos o cualquier cosa que pueda significar falta de atención al paciente. La enfermera en la medida de lo posible, debe descartar de

³³ Cibanal, op cit, p 4.

su pensamiento cualquier preocupación, suceso de trabajo, aspecto familiar, conflicto personal, negocio, etc. Con el fin de que sus "ruidos" no interfieran la buena escucha del paciente.

Escuchar es estar totalmente disponible con el paciente, asumiendo con responsabilidad un compromiso: la persona con quien me estoy relacionando ahora es la más importante de mi vida en este momento; es dar espacio a su individualidad e historia personal.

Debemos estar atentos ante la rutina que pueda invadirnos después de algunas horas de escucha, pues cada paciente necesita ser acogido, alentado a expresar lo que siente, ser considerado un ser inteligente, incluso aunque no pueda llegar a expresar bien su malestar o dolencia.

4.2.4 Empatía.

Es la capacidad de ubicarse momentáneamente en el lugar del paciente, permitiendo a quien brinda cuidado ver la verdad desde la perspectiva del otro, porque la enfermera ha logrado captar la óptica del paciente.³⁴

Esta capacidad se desarrolla teniendo contacto con personas altamente empáticas, haciendo un trabajo personal comprometido, teniendo una amplia gama de experiencias personales, y en general estando abierto a la vida y a la propia actuación personal en cuanto a valores, actitudes, conductas, sentimientos e ideas.

Para que la empatía sea útil al paciente, la enfermera ha de poder comunicarle su comprensión de un modo que le sea claro y comprensible.

Carl Rogers (1971), afirma respecto a la empatía: "la capacidad para sumergirse en el mundo subjetivo de los demás y para participar en su experiencia en la medida en que la comunicación verbal y no verbal lo permitan".³⁵

³⁴ Molina Restrepo, op cit, p 42.

³⁵ Rogers Carl. El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica, p.13

¿Qué metas inmediatas tiene la empatía? Si va unida al respeto y a la autenticidad, ayuda muchísimo a crear armonía entre las personas que se comunican; aumenta la confianza y la apertura del paciente y de su familia.

4.2.5 Respeto.

Es necesario respetar las creencias, costumbres, ideas, sentimientos y experiencias del enfermo y su familia con relación a la vida, a la enfermedad y a la muerte, pues parte importante de la recolección de datos en la valoración de enfermería lo constituyen las creencias y prácticas culturales, que en un momento dado, pueden facilitar o impedir ciertas intervenciones o prácticas sanitarias, incluidas las actitudes frente a la planificación familiar, los hábitos alimentarios y algunas costumbres populares firmemente arraigadas.

4.2.6 La verdad.

Es la base de la relación entre el paciente, la familia y los integrantes del equipo interdisciplinario. La verdad facilita la comunicación y permite al paciente ejercer la autonomía, con pleno conocimiento de su enfermedad, de los tratamientos e intervenciones ofrecidas y en última instancia con poder decidir acerca de su vida y de muchos hechos después de la muerte.

4.2.7 El contacto físico.

El contacto físico es una necesidad básica de los seres vivos y en especial de los humanos; además, desempeña un importante papel en el desarrollo normal del hombre.

Mediante el contacto físico se logra:

Disminuir el sentimiento de soledad y aislamiento.

Favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos.

Hacer sentir la presencia y la disponibilidad para brindar cuidado.

Disminuir la ansiedad y la inseguridad que acompañan a quien tiene una enfermedad que amenaza la vida.

Comunicar frases tales como: "estoy contigo", "te entiendo", "sé lo que sientes".

Aliviar la incomodidad y el cansancio.

Ofrecer serenidad, relajación, seguridad, tranquilidad.

Establecer una comunicación no verbal, tan efectiva y necesaria en ciertos momentos, cuando una compañía silenciosa y un sostener cálidamente la mano del paciente puede ser más elocuente que muchas palabras.

El contacto físico mediante un apretar el brazo, realizar un masaje, tocar el hombro, pasar el brazo alrededor de los hombros, secar la frente sudorosa del enfermo, arreglar los cabellos, acariciar el rostro y los brazos de alguien, puede constituirse en alguna de las múltiples formas de comunicación táctil más profundas y sinceras.

Es necesario facilitar las expresiones de afecto y propiciar el contacto físico del paciente con la familia y allegados en la medida que sea gratificante para cada uno.

Cada persona y su familia son únicos y tienen un concepto muy propio de la individualidad y la privacidad. Es necesario mantener el respeto por estos derechos y ser cuidadoso al utilizar el tacto en la atención al paciente. Se debe iniciar gradualmente de tal forma que permita determinar la receptividad y aceptación al contacto, observar cómo se siente el paciente y su familia frente a este acto, evitando que altere la intimidad y la individualidad.

El tacto debe ser utilizado con la mayor discreción y sensibilidad posibles, en el momento adecuado, en la forma indicada, y de acuerdo con la receptividad y aceptación de cada persona y familia en particular; además es fundamental que quien da el cuidado se sienta cómoda al utilizar el tacto y en el contacto físico con los demás.

Aunque la persona muy enferma no sea capaz de dar respuesta al contacto de quien lo cuida, todavía es capaz de sentirlo y obtener alivio.³⁶

4.3 Valoración del dolor.

La valoración de la enfermera, en relación con el dolor, se basa en un proceso cuidadoso de apreciación que implica reunir la mayor cantidad posible de datos acerca de las características y de la semiología del dolor, así como fundamentar de manera interdisciplinaria la planeación y ejecución de la terapéutica a seguir.

La valoración del dolor implica la realización de una historia clínica con datos referentes al problema doloroso y datos sobre la forma de vida, estructura familiar y medio que rodea al paciente. A continuación se practica la exploración física, momento en que la enfermera debe dialogar con él al preguntarle algunos datos sobre su enfermedad, lesiones anatomofisiológicas, tratamientos y tipos de dolor que manifestó en el interrogatorio. Igualmente, valorará el estado general del paciente teniendo en cuenta la escala de desempeño de Karnofski.

³⁶ Molina Restrepo, op cit, p 42, 44.

ESCALA DE DESEMPEÑO DE KARNOFSKI

CONDICION	CALIF. DEL DESEMPEÑO %	COMENTARIOS
A. Capaz de realizar una actividad normal y trabajar No cuidados especiales	100	Normal. Sin quejas. Sin evidencia de enfermedad.
	90	Capaz de realizar actividad normal. Signos y síntomas leves de enfermedad.
	80	Actividad normal con esfuerzo Algunos síntomas y signos de enfermedad.
B. Incapaz para trabajar Capaz de vivir en casa y cuidar de muchas de sus necesidades personales. Es necesario asistirlo en diferentes grados.	70	Autocuidados. Incapaz para la actividad normal o para asistir al trabajo activo
	60	Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de cuidar de muchas de sus necesidades personales.
	50	Requiere mucha asistencia y cuidados médicos
C. Incapaz para autocuidarse Requiere cuidados hospitalarios o Institucionales. La enfermedad puede ser rápidamente progresiva.	40	Incapacitado. Requiere de cuidados especiales y asistencia.
	30	Severamente incapacitado. La hospitalización está indicada aunque la muerte no es inminente.
	20	Hospitalización necesaria, muy enfermo. Tratamiento activo de soporte necesario
	10	Moribundo. Enfermedad fatal, progresivamente rápida.
	0	Muerte

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y CLINICA DEL DOLOR INCAN 1995.

Una vez que ha sido valorado el estado general del paciente, se procederá a valorar el dolor.

En este proceso de valoración se reúne la información que permite comprender la experiencia del paciente y los efectos sobre su vida.

La información obtenida permitirá hacer el diagnóstico, planificar la atención y evaluar la eficacia de los cuidados brindados. El dolor es dinámico y por tanto la valoración es un proceso continuo. La valoración del dolor es el primer paso en el proceso de atención al enfermo, ya que permite la comprensión de éste y el establecimiento de acciones acordes al proceso.

Generalmente este paso suele ser omitido, limitándonos a informar la presencia de dolor, sin la calificación y denominación adecuadas.

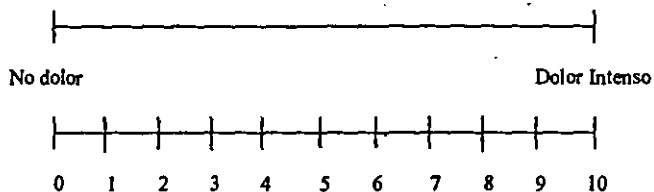
4.3.1 Parámetros de valoración.

4.3.1.1 La localización. Utilizando figuras vistas de frente, de espalda y de lado; donde el paciente señala el sitio doloroso. Sin embargo, para detallar el sitio exacto, no sólo el paciente ubica el sitio, se deben emplear términos como proximal, distal, medial y lateral, así como especificar si es delimitado o difuso o irradiado a qué zona.³⁷

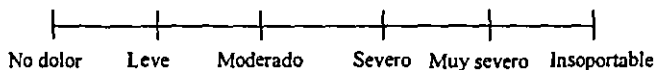
4.3.1.2 La intensidad. Es registrada en una escala de medición preestablecida.

Considerando que el dolor es un síntoma subjetivo y que cada paciente tiene un umbral doloroso distinto, se puede aplicar la Escala Visual Análoga; la cual consiste en una línea horizontal o vertical graduada del 0 al 10, en donde el " 0 " representa la ausencia de dolor y el 10 el dolor más intenso que el individuo ha sentido en su vida.

³⁷ Reyes Nieto, op cit, p 19.



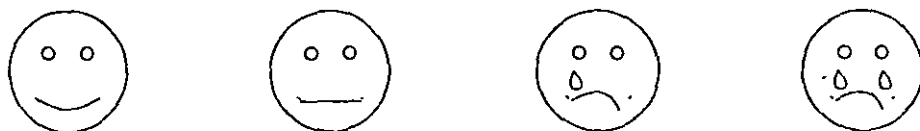
Escala simple descriptora de intensidad de dolor.



También se cuenta con una Escala Frutal Análoga E F A, que se aplica a pacientes analfabetas o que no comprenden la escala anterior; ésta consiste en Frutas Redondas que cambian de tamaño en forma ascendente y que van del "0" (sin dolor) la fruta más pequeña hasta el 10 (dolor intenso). Que corresponde a la fruta más grande.



En algunos casos, sobre todo en niños, se aplica la E.V.A. que consiste en expresiones faciales graduadas (sin dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso).



Existe también una escala de colores, que mide la intensidad del dolor con relación a la intensidad del color. Tiene correlación numérica y con adjetivos calificativos del dolor³⁸



Dolor insoportable

No dolor

4.3.1.3 La calidad. Se basa en la descripción que el enfermo hace del dolor. El paciente puede referirse a él como pulsátil, fulgurante, penetrante, agudo, en forma de calambres, como si lo perforaran, lo quemaran o lo partieran, continuo o intermitente, sensación de pesadez, agotador, le provoca náuseas, atemorizador, torturador, etc.³⁹

La descripción del dolor es útil para determinar el sentido que la persona confiere al dolor y poner en práctica medidas efectivas para su control.

4.3.1.4 Tolerancia. La tolerancia al dolor es una respuesta única del individuo y varía entre pacientes y en cada paciente individual de una situación a otra. Puede definirse como la intensidad o la duración del dolor que la persona puede tolerar de buena gana. Una tolerancia alta al dolor significa que el dolor tiene que ser muy intenso o por lo menos ser padecido durante largo tiempo antes de que la persona lo encuentre intolerable o solicite su alivio. Una tolerancia baja al dolor significa que un dolor leve o breve es intolerable para la persona y provoca el deseo de obtener alivio.⁴⁰

4.3.1.5 Percepción. La percepción del dolor se produce en la corteza como resultado de los estímulos transmitidos en forma ascendente por los tractos espinotalámico y tálamo

³⁸ INC. Manual Clínica del dolor, s/p.

³⁹ Beare Myers, op cit, p 241.

⁴⁰ INC. Manual Clínica del dolor, op cit. s/p.

cortical. Este componente de pensamiento- sensación del dolor es plenamente subjetivo, y por tanto, complejo e individual.

La percepción del dolor recibe la influencia de los factores que afectan la estimulación de los nociceptores y la transmisión del impulso nociceptivo, así como por la receptividad cortical y la interpretación.

1. - Estimulación de los nociceptores
 - a) Aumento del número de estímulos.
 - b) Aumento de la duración del estímulo.
2. - Alteración de la transmisión.
 - a) Lesiones de las terminales nerviosas.
 - b) Inflamación, tumores o lesiones de la médula espinal.
3. - Receptividad de la corteza.
 - a) Inflamación, cambios degenerativos del cerebro.
 - b) Depresión de la función cerebral.
 - c) Anestesia.
4. - Interpretación de la corteza cerebral.
 - a) Entrenamiento durante la niñez.
 - b) Experiencias pasadas con el dolor.
 - c) Valores culturales.
 - d) Creencias religiosas.
 - e) Salud física y mental.
 - f) Conocimiento y comprensión.
 - g) Atención, distracción.
 - h) Miedo, ansiedad, tensión.

- i) Fatiga.
- j) Estado de conciencia.

Por tanto, la percepción del dolor puede ser alterada por actividades usuales, como la lectura o la socialización, así como por condiciones anormales. Las terminales nerviosas dañadas, por ejemplo, debido a una quemadura severa, no pueden transmitir la sensación dolorosa y los pacientes no perciben un estímulo generalmente doloroso como tal⁴¹.

4.3.1.6 Expresión. Aprender la forma de expresar el dolor por parte del paciente es particularmente importante, particularmente si éste es incapaz de comunicarse, es muy joven o no puede oír. Los miembros de la familia que saben la forma de expresar el dolor del paciente, podrán manifestar por ejemplo si la expresión facial o postura corporal son significativas de dolor.

Pedro Bejarano (1993), anota: "un análisis racional acerca del dolor solo se puede entender dentro de los conceptos definidos como nocicepción, dolor, sufrimiento y conducta dolorosa".⁴²

En primer lugar se produce la nocicepción, o sea el estímulo doloroso, el cual, al ser percibido en el sistema nervioso central se denomina dolor. Una vez percibido el dolor, se genera una respuesta afectiva que llamamos sufrimiento, generada por el dolor de origen somático y los diversos sentimientos vividos por la persona en ese momento.

La conducta dolorosa es generada por el dolor y por el sufrimiento y se constituye en el indicador objetivo del dolor, caracterizado por el cambio en la expresión de la cara, el llanto, la inmovilidad, el aislamiento y la ingestión de medicamentos entre otros.

⁴¹ I NC Manual clínica del dolor, op cit, s/p
⁴² Long Phipps, op cit, p 173

4.4 La medición del dolor.

El dolor, como se ha mencionado, constituye un fenómeno emocional que emerge como resultado de la actividad del Sistema Nervioso Central (S N C) y por lo tanto, tiene implicaciones psicológicas. Dado el carácter subjetivo del mismo, los procedimientos para la medición del dolor son múltiples, e incluyen la práctica total de técnicas de evaluación psicológica disponible. Estas deben compartir dos características esenciales: la fiabilidad y la validez.

La Fiabilidad hace referencia al estudio del error de medida.

La Validez informa hasta que punto un instrumento de evaluación sirve para conseguir el objetivo que pretende con su aplicación.

En las escalas de medida, un aspecto básico que debe ser tomado en consideración es el nivel de complejidad que puede contener la información numérica. Medir es asignar números a objetos o sucesos de acuerdo con reglas pre-establecidas. Sin embargo, los números no proporcionan siempre el mismo grado de información.

El término **dolor** se refiere a un sinfín de cualidades que no pueden ser reducidas a " una simple sensación que varía únicamente en intensidad".⁴³

El estudio cuantitativo del dolor requiere la cuantificación del mismo en sus aspectos, sensorial, afectivo y evaluativo. Esta información multidimensional puede obtenerse a través de:

La impresión subjetiva del paciente en sus distintas dimensiones (sensorial, afectiva).

La valoración de las características individuales (psicopatológicas, actitudinales y de personalidad)

La evaluación de la conducta del paciente y de su entorno a través del dolor.

Las respuestas fisiológicas.

⁴³ Meinhart NT, Mc. Caffery M. Pain: A nursing approach to assessment and analysis. p 53

Por lo anteriormente referido, podemos concluir que los procedimientos para valorar el dolor pueden ser clasificados en tres categorías:

1. - Métodos verbales.
2. - Evaluación conductual.
3. - Evaluación fisiológica.

1. - Métodos Verbales.- En esta categoría se incluyen los procedimientos de evaluación basados en la información verbal que aporta el mismo paciente.

Entrevista.- Es el método básico empleado pero debe ser complementado con otros procedimientos:

Escalas cuantitativas o de Intensidad. Se efectúan para realizar una valoración del dolor, son de fácil aplicación, su mayor defecto es que no contemplan la naturaleza multidimensional del dolor. En este grupo se incluyen las escalas verbales, las numéricas y las análogo-visuales mencionadas anteriormente.

.Tests- Estandarizados.- Son aquellos desarrollados específicamente para evaluar distintos aspectos relacionados al dolor.

El M P Q (Mc. Gill Pain Questionnaire) fue desarrollado en Canadá y es ampliamente utilizado en países de habla inglesa. Proporciona información subjetiva del paciente en las dimensiones sensorial (, localización, aspectos táctiles, propiedades térmicas) afectiva (tensión emocional, signos vegetativos y miedo) y evaluativa (intensidad).

Debido a lo amplio del cuestionario se desarrolló una versión denominada M.P.Q.-SV (Mc. Gill Pain Questionnaire- Spanish Version), que consta de 65 descriptores que recogen aspectos sensoriales, emocionales y valorativos.

Pruebas estandarizadas de personalidad y psicopatológicas.-

Están indicadas en pacientes con dolor crónico para determinar el estado psicopatológico del paciente; así como sus actitudes y creencias.

Destacan el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.), el inventario de depresión de Beck o el índice general de salud, que son algunos de los instrumentos más utilizados para el diagnóstico psicopatológico.

2. - Evaluación Conductual

Técnica de observación.- Es otro método de evaluación del dolor.

Existen muchas conductas claramente indicadas de la experiencia dolorosa: los quejidos, las muecas, los suspiros, ciertas posturas corporales, expresiones faciales. los bajos niveles de actividad, la ingesta de medicación analgésica y el ausentismo laboral; obteniendo en algunas ocasiones ganancias secundarias, como podría ser mayor atención y comprensión y la exención de responsabilidades a nivel laboral y familiar. La observación puede ser realizada por personas cercanas al paciente o personal capacitado. Las escalas de observación consisten en listas de " items " o criterios definidos con la mayor objetividad posible.

3. - Evaluación fisiológica.

Esta se puede realizar mediante:

El estudio de las Respuestas Psicofisiológicas del S.N. Autónomo (frecuencia cardíaca, actividad electrodérmica o temperatura corporal)

El estudio de los patrones electromiográficos

Los potenciales evocados.

La neurografía percutánea.

La determinación de péptidos opiodes endógenos.

Los reflejos nociceptivos de flexión⁴⁴

Los profesionales de la salud, suelen asumir que son quienes más saben del dolor y discuten sobre la cantidad de dolor que un paciente puede estar sufriendo; frases como: ya no puede dolerle tanto; no puede usted tomar más medicamento; son con frecuencia escuchadas en el medio. Dado que el dolor es una experiencia subjetiva, la única autoridad es el propio paciente y no el médico o la enfermera.

Siempre hay que tener presente que algunos enfermos niegan sentir dolor por diversas razones, situación que también hay que explorar.

Algunas veces, miembros del personal de Enfermería temen creer a todos los pacientes por miedo de ser engañados. Sin embargo, dado que muchos profesionales tienen dificultades en este concepto, es necesario puntualizar que no existe una prueba que demuestre el dolor, pero por otro lado, la no expresión del dolor, no significa que no exista.

Si asumimos que el objetivo del personal de Enfermería es proporcionar atención y cuidado integral; el aliviar el dolor del paciente, supone un desafío que se rige por un principio fundamental " La falta de tratamiento del dolor es un acto inhumano y supone una negligencia profesional " (Meinhart y Mc. Caffery) ⁴⁵

⁴⁴ INC. Memorias del II curso internacional, op cit s/p.

⁴⁵ Meinhart NT, Mc. Caffery, op cit p 53.

Capítulo 5 MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE TRATAMIENTO DE DOLOR

5.1 Masaje.

El masaje es una técnica que consiste en la fricción y el movimiento de los músculos e inserciones musculares. Ayuda a la relajación de los músculos, activa la circulación de la sangre, reduce el dolor producido por la tensión, produce sensación de confianza en el contacto con la otra persona, lo cual hace que quien recibe el masaje, se dedique en ese tiempo a sentir más que a pensar, por lo que se habla del masaje como una hermosa forma de acariciar y de hacer que el enfermo se sienta más cómodo y relajado.

El masaje puede llevarse a cabo en las manos, el cuello, los pies y la espalda o en el cuerpo entero. Se habla de que tanto las manos como los pies tienen la proyección de todos los órganos del cuerpo, por lo cual, al darles masaje, es como si trabajara con todo el organismo. ⁴⁶

5.1.1 Masaje Superficial.

Los efectos del masaje corporal superficial son por lo general tranquilizantes y relajantes, tanto física como mentalmente. El masaje disminuye el dolor principalmente mediante la relajación de los músculos. Aumenta la circulación capilar y, en último término, mejora la circulación general. Algunos profesionales creen que el masaje tiene unos efectos físicos tan nimios que su uso es una pérdida de tiempo y energía. Sin embargo, el masaje gusta a la mayoría de las personas a quienes se aplica.

Probablemente, las áreas corporales en las que más frecuente se aplique masaje son los hombros y la espalda.

⁴⁶ Molina Restrepo, op cit, p. 44

Pueden añadirse las extremidades. Cuando no es conveniente hacer un masaje de espalda, el masaje de ambas manos o pies es igual de efectivo o más.

Los usos apropiados del masaje son:

- Pacientes en reposo en la cama o en una silla, en particular si permanecen en decúbito dorsal la mayor parte del tiempo (el masaje mejora la circulación y disminuye las lesiones cutáneas).
- Ayuda a reducir los trastornos del sueño.
- Crear un método aceptable para tocar a pacientes que experimentan un contacto físico limitado con otros, por ejemplo, un paciente aislado de su familia.
- Dolor de cualquier tipo: el bienestar que produce el contacto es tranquilizador y proporciona un contraste muy bien acogido a la sensación de dolor.
- Crear una oportunidad para estar y/o hablar con el paciente.
- Un método para comunicar cariño y preocupación cuando la comunicación verbal está limitada o es imposible, por ejemplo, pacientes que hablan otro idioma o con deterioro de la audición.

Los usos inapropiados o posibles contraindicaciones de los masajes son:

- El paciente que dice que no quiere un masaje – deben evitarse los intentos por persuadir al paciente para que acepte el masaje -. Este implica un grado de intimidad (contacto físico y exposición) que es incómodo para algunos pacientes.
- Situaciones en las que hay un tiempo limitado para dedicar al paciente – otras actividades de enfermería pueden tener una mayor prioridad.
- Lesiones abiertas o áreas de la piel doloridas al tacto.
- Pacientes inclinados a hacer avances sexuales inapropiados.

- Siempre que provoque dolor.

5.1.2 Presión / Masaje.

Los puntos de acupuntura o puntos gatillo que están relacionados con el dolor del paciente pueden ser masajeados con presión o aplicarles presión isquémica. Es posible que el alivio del dolor se produzca en el momento en que se aplique la presión debido al entumecimiento resultante de la isquemia. O, si se estimulan puntos de acupuntura o puntos gatillo doloridos, el alivio del dolor puede conseguirse tras desaparecer la presión. El mecanismo exacto que subyace en el alivio de este tipo de dolor no está claro en relación con otros puntos de acupuntura, pero se cree que la presión disminuye de alguna forma la irritabilidad de los puntos gatillo.

Los usos apropiados de la presión y/o masaje son:

- Pacientes en los que pueden identificarse los puntos de acupuntura o puntos gatillo relacionados con el dolor.
- Espasmos musculares, dolor muscular, especialmente músculos no apropiados para rociar y estirar, por ejemplo, rociar con una solución para enfriar la piel sobre el músculo y estirar el músculo.
- Dolor agudo por una lesión aguda, por ejemplo, un corte. La presión puede aliviar el dolor y reducir la hemorragia.
- Durante el trabajo de parto, la cabeza fetal presiona sobre el coxis (aplicar presión en la parte baja de la espalda, por ejemplo, con el puño, sobre todo durante las contracciones).
- Inyección intramuscular en la zona del deltoides.

Los usos inapropiados de la presión y/o masaje son:

- Pacientes con aumento del tiempo de coagulación o que sangren fácilmente o les aparecen hematomas.
- Sitios donde se ha lesionado la piel, por ejemplo, quemaduras o cortes.
- Areas de tromboflebitis.⁴⁷

5.2 Vibración.

La vibración es una forma de masaje eléctrico o masaje vigoroso. No se usa muy ampliamente para el alivio del dolor, pero las investigaciones sugieren que puede ser muy efectiva, posiblemente un sustituto de la Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (ENET) para muchos pacientes.

Unos de los mecanismos subyacentes en el alivio del dolor por la vibración es que algunos tipos, especialmente el vibrador manual aplicado con presión moderada, causan parestesia y/o anestesia del área estimulada. Así pues, puede haber alivio de dolor durante la estimulación. Si este tipo de vibración se continúa durante 25 minutos o más, el alivio del dolor puede persistir durante varias horas después de la estimulación. Si la vibración es efectiva en los puntos gatillo o puntos de acupuntura, aliviará también el dolor después de la estimulación.

Con la vibración cabe alterar asimismo el carácter de la sensación, por ejemplo, de aguda a sorda.

Las situaciones apropiadas para usar la vibración comprenden:

- Dolor o espasmo muscular, agudo o crónico, por ejemplo, dolor en la parte baja de la espalda o el cuello.
- Cefalea de tensión
- Cerca del centro de inyección, por ejemplo, durante la inyección intra muscular.

⁴⁷ Mc. Caffery. Op cit, p113

- Dolor neuropático, por ejemplo, neuralgia postherpética (alrededor del área si el sitio del dolor es demasiado sensible) u otros dolores de naturaleza neurálgica en las regiones torácicas que se irradian a lo largo del curso de un nervio intercostal.
- Dolor del miembro fantasma.
- Artritis reumatoide.
- Dolor orofacial, agudo o crónico, por ejemplo, dolor dental.
- Tendinitis aguda.
- Como sustituto de la ENET⁴⁸

Los usos inapropiados del vibrador incluyen.

- Pacientes a los que fácilmente aparecen hematomas.
- Areas de tromboflebitis.
- Lugares donde se ha lesionado la piel, por ejemplo, quemaduras o cortes
- Cefalea migrañosa o cualquier cefalea que empeore con el movimiento y el sonido.
- Marcado incremento del dolor.

5.3 Frotación.

La aplicación tópica de una sustancia es un método de analgesia externa que normalmente se denomina contrairritante. El propósito de la analgesia externa no es la absorción de un analgésico a través de la piel, sino crear una sensación cutánea, como el calor o el frío, que alivie el dolor mediante la distracción o simplemente disminuyendo la percepción del dolor. Por ejemplo, los preparados que contienen mentol se usan con frecuencia en lesiones deportivas y son remedios caseros populares en muchas culturas de todo el mundo. Curiosamente, se han realizado muy pocas investigaciones sobre la utilidad de estos productos.

⁴⁸ INC. Manual Clínica del Dolor, op. cit. s/p

La gente responde de forma muy diferente a la aplicación del mentol. El mentol no cambia probablemente la temperatura de la piel, sino que produce sensación de frescor o frío. Las hay que experimentan calor seguido rápidamente de frío; otras, lo contrario. Puede haber un aumento de flujo sanguíneo a la piel y posiblemente a los músculos.

Los usos apropiados de la frotación son:

- Artritis.
- Diversos dolores de músculos, articulaciones o tendones, por ejemplo, dolor en la parte baja de la espalda, cefalea de tensión, dolor en el cuello y lesiones deportivas.
- Aplicación a los puntos de acupuntura debidamente relacionados o puntos gatillo.
- Dolor visceral de varios orígenes, por ejemplo, meteorismo, espasmos menstruales (aquí puede haber una cierta dilatación refleja de los vasos viscerales).
- Dolor de garganta.
- Prurito.

Usos inapropiados de la frotación:

- Heridas abiertas.
- La mayoría de las membranas mucosas, especialmente con concentraciones de mentol elevadas.
- Sobre la piel irritada.
- Si aumenta el dolor ⁴⁹

⁴⁹ Mc. Caffery, op cit, p 169.

5.4 Relajación.

Puede definirse como un estado de relativa libertad tanto de la ansiedad como de la tensión muscular esquelética; una tranquilidad o calma de la mente y de los músculos. Fisiológicamente la respuesta de relajación es opuesta a la respuesta de lucha o huida, característica de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Para la persona con dolor, los beneficios potenciales del uso de la relajación están relacionados con la interacción entre dolor, tensión muscular y ansiedad. El estado de ansiedad, el dolor y la tensión muscular tienden a identificarse entre sí y la situación empeora. La relajación corporal interrumpe este proceso en especial y a la vez ésta con frecuencia lleva a la relajación mental.

Las personas que aprenden a evocar esta respuesta a través de los ejercicios de relajación, parecen experimentar un aumento en los sentimientos de bienestar y esperanza. En los ambientes oncológicos, las técnicas de relajación se muestran como útiles para disminuir la anorexia, el temor a las inyecciones, el dolor y la ansiedad relacionadas con la hospitalización y el diagnóstico. La relajación ayuda en el control de las náuseas y el vómito anticipatorios a la quimioterapia y permite algún control en las náuseas y el vómito posquimioterapia. El enfoque estrecho entre la relajación y la imaginación pueden distraer al sujeto de estímulos condicionales y desagradables.

La relajación se consigue mediante diferentes técnicas.

1. La respiración diafragmática. Suave y profunda, buscando desplazar el diafragma hacia la cavidad abdominal, mediante la inspiración nasal y la espiración a través de la boca con los labios entreabiertos.

2. La relajación muscular progresiva mediante las siguientes técnicas. Contracción-relajación: Consiste en tensionar grupos musculares y sentir luego el efecto de la relajación.

Esta técnica no se recomienda en personas hipertensas, con cefalea vascular y con dolor de origen músculo-esquelético.

3. Aflojamiento directo también llamado relajación muscular pasiva, la cual consiste en destensionar consciente y cada vez más, los músculos o grupos musculares; no se realiza previamente la contracción.
4. Imaginación guiada y la imaginación libre. Consiste en la formación de imágenes mentales agradables, placenteras, motivantes a la tranquilidad, al cambio y a la superación.

En la relajación es necesario tener en cuenta un ambiente apacible, una posición confortable, los ojos cerrados, una actitud pasiva y receptiva y algún elemento mental como la respiración, frase o palabra repetida una y otra vez.⁵⁰

La relajación especialmente cuando se usa de manera preventiva, puede producir uno o más de los beneficios específicos para la persona con dolor:

1. Ayuda al paciente a conciliar el sueño, mejora la calidad del sueño disminuyendo la tensión física y mental, y ayuda al paciente que se despierta frecuentemente a volver a dormirse más tranquilamente.
2. Refuerza la relación enfermera/paciente mediante la atención individualizada. La forma en que la enfermera ofrece ayuda al paciente con la relajación puede tranquilizarle respecto a que aquélla es consciente de su sentimiento y desea ayudarlo.

⁵⁰ Molina Restrepo, op cit, p 45.

3. Mejora la situación de problemas y la posibilidad de que las ideas positivas, adaptativas lleguen a la conciencia. Ayuda a prevenir el <<catastrofismo>>.
4. Minimiza los efectos negativos del estrés continuado o repetido por dolor o de otro origen. El paciente puede ser capaz de aprender a responder al estrés con menos actividad del sistema nervioso autónomo y/o recuperarse más rápidamente de la reacción al estrés, por ejemplo, <<lucha o huida>>.
5. La reducción de la tensión muscular esquelética puede reducir la tensión o presión de las estructuras sensibles al dolor. Esto puede aliviar el dolor.
6. Aumenta la confianza y la sensación de autocontrol al afrontar el dolor; incrementa la capacidad de decidir sobre la acción más apropiada para controlar el dolor y evitar esfuerzos lesivos o improductivos.
7. Disminuye la fatiga, especialmente si la técnica se realiza en 5-20 min. Esto puede proporcionar una sensación de energía mayor que dormir una siesta de 1 hora.
8. Distrae el dolor, puesto que la mayoría de las técnicas de relajación para el dolor incluyen suficiente estructura y actividad para evitar que los pensamientos regresen al dolor.
9. Aumenta la eficacia de otras medidas para el alivio del dolor. Por ejemplo, incluso una técnica rápida y fácil puede incrementar la eficacia de un analgésico. Una persona más relajada puede ser más susceptible a las indicaciones o intenciones de alivio del dolor.
10. Aumenta los informes subjetivos de mejora del humor y disminución del sufrimiento; por ejemplo, el dolor es más tolerable y el paciente aumenta su implicación en diversas actividades.

11. Disminuye el sufrimiento durante el periodo de anticipación del dolor, por ejemplo, desensibiliza a la persona de los aspectos productores de ansiedad de un procedimiento doloroso.

Algunas posibles limitaciones o desventajas de la relajación para las personas con dolor son:

1. La sugerencia de probar la técnica de relajación puede ser mal interpretada por el paciente como indicativa de que el equipo de salud contempla el dolor como de origen psicológico o <<dolor irreal>>.
2. El éxito de la relajación puede ser mal interpretado por el equipo de salud como indicativo de que el dolor está causado principal o exclusivamente por problemas psicológicos.
3. Otros pueden dudar de la existencia o intensidad del dolor del paciente cuando use la relajación, dado que su aspecto no será el de una persona con dolor. Esto puede desanimar respecto al uso de la técnica.
4. La relajación no es un sustituto de los analgésicos apropiados y otros métodos de alivio del dolor.
5. No alivia necesariamente el dolor y ciertamente no es una panacea para todas las dolencias relacionadas con el dolor. Hay excepciones; por ejemplo, se ha demostrado que la relajación progresiva disminuye el dolor de la colitis ulcerosa.
6. Es sólo un tratamiento adjunto para el dolor – raramente- la relajación será suficiente para tratar el dolor.
7. Una vez el dolor se haya hecho intenso, es difícil emplear la relajación, incluso para la persona bien entrenada; por ejemplo, la relajación ayuda a prevenir la migraña, pero puede ser inútil cuando la migraña se ha presentado.

8. Los efectos secundarios indeseables son raros, pero a veces ocurren. Esto es más probable con las técnicas de meditación, más largas. Por ejemplo, el paciente puede experimentar ansiedad o sentimientos previamente negados de tristeza o duelo.
9. Puesto a que no todas las técnicas de relajación son efectivas para todo el mundo, para algunos pacientes puede requerir tiempo el buscar desarrollar una técnica efectiva para el individuo.
10. Algunas personas ancianas no parecen beneficiarse del entrenamiento en la relajación tanto o tan rápidamente, pero pueden beneficiarse de técnicas más breves y sencillas.
11. A pesar de la enseñanza apropiada y de tranquilizar al paciente, algunos que no están motivados para usar la relajación se estresarán aún más. Por ejemplo, el fracaso en lograr una relajación profunda o las expectativas irreales sobre los beneficios de la relajación pueden resultar en frustración.

5.5 Aplicación de calor y/o frío.

Es un tipo de estimulación cutánea que alivia el dolor al estimular las grandes fibras nerviosas del paciente para que "cierren la entrada" a las pequeñas fibras nerviosas conductoras del dolor. Al ser las aplicaciones de calor y frío tan frecuentes y al haberse utilizado desde hace tanto tiempo, la enfermera puede no valorar su utilidad. Sin embargo, tanto el calor como el frío reducen el dolor y el espasmo muscular.

Específicamente, el calor alivia el dolor debido a:

- Reducción de la excitabilidad del huso muscular y de la tensión de los puntos gatillo.
- Ayuda en la resolución de inflamaciones superficiales localizadas, por el aumento de flujo sanguíneo.
- Disminuye la rigidez articular.

- Reduce la peristalsis y la acidez gástrica.

El frío alivia el dolor debido a:

- Reducción del espasmo al disminuir la respuesta del huso muscular o puntos desencadenantes.
- Reduce y previene la hemorragia mediante vasoconstricción refleja.
- Reduce la sensibilidad de la piel por la reducción de la temperatura de las fibras y receptores nerviosos.
- Mediante la destrucción de la actividad enzimática, reduce la inflamación.
- Reduce la percepción de la rigidez articular.
- Aumenta el peristaltismo del estómago, intestino delgado y colon si se aplica en el abdomen
- Alivia el dolor a distancia porque se sitúa en una inervación nerviosa superficial del área dolorosa, un punto de acupuntura o punto gatillo.

Usos apropiados del calor:

- Espasmos musculares secundarios a patología esquelética o neurológica.
- Rigidez articular dolorosa en la artritis, después de remitir la fase aguda.
- Úlceras por presión (inmersión en agua caliente)
- Dolor en la parte baja de la espalda.
- Trastornos gastrointestinales con espasmos.
- Dolores cólicos menstruales.
- Distrofia simpática refleja, por ejemplo síndrome del hombro-mano
- Codo de tenista durante la etapa de recuperación.
- Después de haber remitido la hemorragia y el edema en una lesión aguda.

- Dolor anorrectal (sediluvios)
- Lesiones cutáneas superficiales en los pliegues de la piel (áreas perineal o inguinal) para evitar cianosis y dolor.
- Miofibrositis.
- Prurito por picaduras de mosquitos y contacto con hiedra venenosa.
- Para aumentar la absorción de un hematoma tras la fase aguda.

Usos inapropiados del calor:

- Traumatismo agudo. hemorragia o inflamación
- Paciente inconsciente.
- Estado agudo de la artritis reumatoide, debido a que la degeneración del cartilago tiende a aumentar con temperaturas por arriba de los 37 grados centígrados.
- Lesión muscular en su fase aguda.
- Tejidos con déficit irreversible de aporte arterial.
- Procesos malignos superficiales.
- Personas propensas a hipotensión ortostática.
- Personas sensibles al calor
- Sobre la aplicación tópica de productos que contengan mentol.

Usos apropiados del frío:

- Espasmo muscular secundario a patología esquelética o neurológica.
- Lesión aguda pero no grave, como una episiotomía, esguince.
- Para prevenir el dolor y la inflamación después de procedimientos quirúrgicos en general y especialmente cuando han requerido aplicación de yeso.

- En el estado agudo de la artritis reumatoide.
- Bursitis.
- Dolor en la parte baja de la espalda.
- Miofibrositis.
- Cefaleas, migrañas.
- Prurito.
- Quemaduras menores.

Usos inapropiados del frío:

- Traumatismo agudo grave.
- Después de una lesión cuando han remitido la hemorragia y la inflamación.
- Úlcera péptica
- Enfermedades vasculares periféricas con insuficiencia arterial.
- Dolor cólico gástrico o abdominal (puede aumentar el peristaltismo)
- Sensibilidad al frío.

5.6 Distracción.

La distracción es un tipo de protección sensorial al centrar la atención en estímulos distintos a la sensación dolorosa, ya sean auditivos, visuales, y táctiles-cinestésicos, y que permiten situar al dolor aún intenso, en la periferia de la conciencia.

Los beneficios de la distracción son:

- El dolor es más soportable, pues al no estar pensando en el dolor, hay un aumento de la tolerancia a éste.

- La calidad de la sensación dolorosa se hace más aceptable, es decir, se nota menos intensa, menos aguda.
- Al centrar la atención en cosas placenteras, mejora el humor y permite al paciente controlar la experiencia dolorosa.

Las desventajas de la distracción son:

- Algunas personas pueden dudar de la intensidad, aún de la existencia del dolor del paciente, ya que éste al estar distraído parece no tenerlo.
- Cuando la distracción finaliza, aumenta la conciencia del dolor y por ende la irritabilidad y fatiga.
- Cuando el paciente está atemorizado por el dolor inminente o ya lo está experimentando, puede ser difícil distraerle, pues su atención se encuentra centrada en el dolor, de igual forma el paciente con dolor crónico y cuyas actividades de la vida diaria se han alterado, suelen estar privados de estímulos sensoriales normales, ocasionando con ello que preste más atención a su dolor, expresándolo más intenso o menos tolerable.

Sin embargo, la distracción, es quizá la forma más fácil en que la enfermera puede ayudar a los pacientes durante cortos períodos dolorosos o en determinados procedimientos, como la punción intravenosa, el cambio de apósitos en pacientes quemados, las aspiraciones de médula ósea, la toracocentesis o la paracentesis.⁵¹

Los pacientes con dolor, susceptibles de beneficiarse con la distracción son:

⁵¹ Beare Myers, op cit, p 255.

- Quienes poseen la energía física y la capacidad para llevar a cabo algunas actividades similares a las que realizaba antes en su vida diaria.
- Los que se encuentran motivados a realizar un esfuerzo y mejorar su calidad de vida.
- Aquellos que están conscientes de estar siendo afectados por el entorno, por ejemplo, pacientes en aislamiento, que viven solos, que se encuentran en terapia intensiva o quienes con una cultura y/o lenguaje diferente, experimentan ansiedad o depresión.
- Por su parte, pacientes que tienden a encerrarse en sí mismos, o aquellos que se encuentran significativamente incapacitados, requieren de un enfoque multidisciplinario; por lo que este tipo de estrategia no es apropiada para ellos.

5.7 Visualización.

Es el uso de la propia imaginación para desarrollar imágenes sensoriales que permitan disminuir la intensidad del dolor. Es una forma de pensamiento que la mayoría de las personas realiza al intentar representar algo imaginario, soñar despierto o fantasear; lo cual no implica que el dolor sea imaginario. Todo dolor es real.

Las técnicas de visualización para el alivio del dolor están precedidas de imágenes relajantes, consecuentemente, al conjuntar relajación y distracción, disminuye el dolor.

En este sentido, la visualización actúa como analgésico, aún sin afectar los aspectos fisiológicos del dolor, es decir, la causa de éste o la respuesta fisiológica al mismo.

La visualización puede hacer más tolerable una sensación dolorosa, por ejemplo, cambiar un dolor urente en sensación de calor, reduciendo a su vez el sufrimiento asociado con el dolor.

La literatura profesional, refiere la visualización como una técnica útil dentro de la práctica enfermera, cuyos beneficios para el alivio del dolor son:

- Establece y refuerza la relación de confianza enfermera-paciente.
- Ayuda a la expresión de sentimientos sobre el dolor y lo que éste ocasiona al paciente.
- Estimula la exploración y comprensión de la enfermedad con el fin de cambiar ideas erróneas respecto al dolor.
- Aumenta la confianza y la capacidad para controlar la experiencia dolorosa, a través de la creatividad y concentración del paciente.
- Disminuye la intensidad del dolor.

Las desventajas de la visualización son:

- Puede malinterpretarse el uso de esta técnica por el paciente o su familia, al pensar que la enfermera considera el dolor imaginario.
- Algunos pacientes o miembros del equipo de salud contemplan la visualización como no científica, resultando contraria a su sistema de valores.
- No es efectiva en todos los pacientes con dolor, a pesar de creer en su eficacia y motivación para practicarla.
- El empleo sin éxito de esta técnica para el alivio del dolor, genera sentimiento de fracaso en el paciente.

La visualización, es una técnica que empleada preventivamente, intenta evitar que el dolor ocurra o en su caso, antes de que el dolor alcance un nivel intenso; sin embargo es importante ser selectivo con las personas con las que se habla de ella pues no todo el mundo mantiene una postura abierta ante su posible valor.

Los pacientes que pueden beneficiarse con el uso de técnicas de visualización son:

- Niños o adultos que comprenden las instrucciones.
- Quienes tienen contacto durante largo período con la enfermera, por ejemplo, pacientes en centros de cuidado o a domicilio.
- Aquellos que usan la visualización en la conversación, leen mucho, admiten o hablan sobre sus sueños despiertos o realizan una intensa concentración durante una actividad.

Por el contrario, los pacientes que no son apropiados para el uso de esta técnica, son:

- Quienes no desean probar la visualización.
- Quienes tienen problemas emocionales graves, enfermedad psiquiátrica, o no pueden concentrarse.
- Aquellos que han estado expuestos a lamentables experiencias con profesionales de la salud que han minimizado su dolor o no han tenido éxito en proporcionarles efectivo alivio del dolor.

Las técnicas de visualización para el alivio del dolor son meramente ofrecidas al paciente como una forma de afrontar el dolor, por lo que la enfermera evitará sugerir insistentemente o forzar su práctica.

5.8 Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea. (ENET)

La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea se ha utilizado como método terapéutico en el tratamiento del dolor localizado desde 1972.

Consiste en la aplicación de trenes cortos de impulsos de corriente eléctrica en la zona dolorosa e hipersensible, entre 40- 100 Hz a frecuencia baja y alta de modo que el paciente describa una sensación de vibración, calor o calambre confortables, activando las fibras sensitivas grandes sin producir contracciones musculares o disestesias.

Las unidades de ENET constan de dos o cuatro electrodos para estimular los nervios, cables para conducir la estimulación y el estimulador propiamente dicho, que es lo bastante pequeño para que el paciente lo pueda llevar consigo. Estas unidades tienen diferentes mandos para ajuste de intensidad, frecuencia y duración a fin de conseguir una sensación calmante y placentera.

El mecanismo de acción de la ENET se basa en la activación de las fibras nerviosas de gran diámetro que a su vez excitan otras neuronas que harán disminuir la transmisión de los estímulos nociceptivos a nivel espinal. Además la ENET aumenta la irrigación en el lugar donde se colocan los electrodos.

La ENET está indicada en:

- Trastornos en los nervios periféricos:

-Lesión en los nervios periféricos.

-Dolor del miembro fantasma.

-Neuralgia postherpética.

- Trastornos del cordón espinal y la raíz nerviosa :

-Compresión dorsal y compresión de nervios espinales.

- Dolor asociado a lesiones neoplásicas y metástasis óseas.

- Dolor muscular :

-Secundario a espasmos musculares.

-Lesiones musculoesqueléticas

- Dolor articular:

-Artritis reumatoide.

-Osteoartritis.

- Dolor agudo:

-Dolor agudo orofacial.

-Dolor postoperatorio.

No utilizar la ENET en:

- Zonas inflamadas o infectadas.
- La parte anterior del cuello.
- Las zonas del útero en mujeres embarazadas (a excepción del dolor obstétrico).
- Pacientes con marcapaso y en zonas con implantes metálicos.
- Sobre los ojos, aunque los electrodos pueden colocarse en la parte ósea de la órbita ocular.
- Los recubrimientos mucosos no toleran la estimulación eléctrica, por ejemplo, la cavidad oral y la vagina.
- Los senos carotídeos debido a un posible efecto hipotensor secundario a un reflejo vasovagal.
- Pacientes poco colaboradores.

Esta forma de terapia no es invasiva y posee pocos efectos indeseables, aunque requiere una buena colaboración del paciente y un gasto inicial significativo.⁵²

⁵²INC. Memorias del III curso internacional, op cit. s/p

Capítulo 6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

La responsabilidad en el control farmacológico del dolor descansa en todo el equipo de salud. Cada miembro posee un cuerpo único de información. Pero parte del conocimiento es compartido por todos. Las personas claves implicadas en el control farmacológico del dolor son el paciente, la familia, el médico y el profesional de enfermería.

Al profesional de enfermería corresponde:

1. Realizar la valoración inicial del dolor en cuanto a localización, intensidad, calidad, inicio, duración, factores que alivian o incrementan el dolor, efecto sobre las actividades laborales y de la vida diaria. Esta valoración debe de llevarse a cabo mediante un formato preestablecido e incluido en la historia clínica.
2. Poner siempre en práctica un programa de evaluación, diseñado para anotar a intervalos regulares, la respuesta analgésica, basada en la escala de medición definida previamente, en los signos vitales y en las actividades que realiza el enfermo; con el fin de evaluar la eficacia del fármaco en el control del dolor y hacer los ajustes en cuanto a dosis y frecuencia de administración.
3. Poseer conocimientos amplios y actualizados en farmacología. Es necesario que el profesional de enfermería conozca las indicaciones de los fármacos, la duración de acción de éstos y los efectos secundarios.

Todavía está presente la costumbre médica de prescribir analgésicos a/n o PRN (a necesidad); si es así, el profesional de enfermería es responsable de organizar un programa analgésico eficaz y eficiente para lograr el control del dolor, basado en un conocimiento claro de la farmacología, de la patología del paciente, de la valoración del dolor y de la evaluación del programa analgésico realizado a intervalos regulares.

Cuando los analgésicos son prescritos por el médico, el profesional de enfermería, basado en la evaluación de la respuesta analgésica, realizada en forma sistemática y en el conocimiento claro y actualizado sobre analgésicos, debe, si es el caso, proponer cambios en el programa analgésico en cuanto al medicamento, vía, dosis y frecuencia de administración.

4. Estar alerta ante la posible presencia de efectos secundarios de los medicamentos y buscar la forma de contrarrestarlos o de prevenir su aparición.

Para el paciente ambulatorio con dolor por el cáncer, que recibe cuidados en el hogar, la consulta telefónica es una herramienta necesaria y según la organización de los servicios de salud, es el profesional de enfermería quien responde a las llamadas debido a su mayor permanencia y disponibilidad en el servicio y por tanto debe dar respuesta a que las demandas inminentes del enfermo y su familia.

5. Reconocer y poner en práctica una serie de recomendaciones, en cuanto al control farmacológico del dolor.
 - Es más importante prevenir el dolor que combatirlo. Con una dosis precisa del analgésico adecuado, administrado 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. La dosis de analgésicos para el control del dolor pueden ser menores si se evita que el dolor aumente o se vuelva intenso y por tanto disminuyen los efectos secundarios y la ansiedad del enfermo por el retorno del dolor.

- Los analgésicos deben aplicarse “reloj en mano”, es decir, según horario preestablecido de acuerdo con la acción, la duración, las características de cada fármaco y las necesidades propias de cada persona.
- Siendo el dolor una experiencia individual, no pueden existir esquemas rígidos en cuanto a dosis y frecuencia de administración.
- Ajustar la dosis y el intervalo del analgésico; hallar la dosis más baja y el intervalo más largo de un fármaco que alivie el dolor a satisfacción del paciente, con los mínimos efectos secundarios, se constituye una meta.
- La dependencia y la tolerancia asociada al uso de narcóticos no constituye un problema cuando la medicación se administra regularmente y cuando la dosis se establece con base en el dolor de la persona.
- Utilizar hasta donde sea posible la vía oral, la cual garantiza menores molestias para el paciente y facilita el autocuidado.
- No hay razones 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.
- 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.
- Hay que tratar sistemáticamente los efectos secundarios. 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.
- La cobertura analgésica debe ser de 24 horas, se deben indicar refuerzos analgésicos en horarios de incremento de la sintomatología. La dosis de la madrugada puede obviarse si el paciente duerme toda la noche sin ser despertado por el dolor. También

se puede incrementar la última dosis de la noche un 50% - 100% con el fin de contribuir en el control del insomnio y del dolor.

- El dolor es real no lo ponga en duda. El dolor es una experiencia subjetiva sensitiva y emocional desagradable, total, individual e intransferible. No existen dos personas que manifiesten el dolor del mismo modo .⁵³

6.1 Escalera Analgésica de la OMS.

La Organización Mundial de la Salud propone la utilización de la "escalera analgésica" de tres peldaños, constituida por tres grupos de analgésicos de uso común combinadas con medicamentos coadyuvantes, según las necesidades de cada paciente. La elección de la potencia del analgésico dependerá únicamente de la intensidad del dolor. El paso a un grado superior será motivado por el fracaso del fármaco del escalón precedente, cuando éste haya sido correctamente prescrito, administrado y absorbido. Es inútil asociar fármacos de un mismo grado entre sí. Por el contrario, la asociación de fármacos de escalas diferentes puede ser sinérgica y potenciadora.

PRIMER ESCALÓN.

Los ocupan los AINE's (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) o no narcóticos; su indicación es para el dolor de leve a moderado y su uso es en el dolor de origen somático, por su característica de ser analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios actúan a nivel de síntesis de prostaglandinas, por lo tanto su mecanismo de acción es periférico.

⁵¹ Molina Restrepo, op cit. p 48, 49.

Tienen efecto analgésico "tope o techo"; por arriba de los 3 g en 24 h ya no tienen mayor analgesia pero si aumentan los efectos colaterales y la toxicidad tanto a nivel gastrointestinal como sanguíneo.

SEGUNDO ESCALÓN.

Lo ocupan los narcóticos débiles, los cuales son derivados naturales o sintéticos del opio, con potencia analgésica relativamente baja. Se utilizan en dolor de moderado a severo y su mecanismo de acción es a nivel central y aunque no tiene efecto techo tampoco aumenta la potencia analgésica. En este grupo se pueden mencionar a los agonistas puros como codeína y dextropropoxifeno, teniendo en cuenta que con este último hay más riesgos de acumulación y formación de metabolitos tóxicos que originan cuadros psicóticos con toxicidad severa. Existen otros fármacos como la pentazocina, tramadol o los agonistas-antagonistas como la nalbufina que por arriba de los 120 mg no brindan mayor analgesia pero si aumentan los riesgos de efectos tóxicos o colaterales como depresión respiratoria.

TERCER ESCALÓN.

Se encuentran los llamados agonistas puros: narcóticos potentes, naturales como la morfina o meperidina y los agonistas parciales como la buprenorfina, los cuales en general por sus características farmacológicas y terapéuticas son semejantes; se utilizan en el dolor de severo a intenso teniendo en cuenta sus diferencias equianalgésicas; tienen efectos antitusígenos, sedantes, en algunos con potencial dependencia física y en raros casos depresión respiratoria. Su mecanismo de acción es a nivel central actuando sobre

ESMA
DE LA

receptores específicos, son capaces de inducir más analgesia a mayor dosis sin establecer dosis tope.⁵⁴

El tratamiento del dolor con narcóticos es limitado, bien, porque los médicos prescriben dosis insuficiente de narcóticos, los profesionales de enfermería administran menos de lo que el paciente debe recibir según las órdenes del médico o los pacientes y sus familias tienen temor a los narcóticos y toman menos cantidad de la prescrita, a intervalos más largos o prefieren no tomar el medicamento.

El temor al uso de los narcóticos se basa en el temor a la adicción, a la dependencia física y a la tolerancia.

La adicción se refiere al patrón conductual del uso compulsivo de drogas, por sus efectos psíquicos, no por razones fisiológicas.

En el paciente que tiene dolor por cáncer, hay una indicación médico legal para consumir narcóticos. Con las dosis establecidas de narcóticos a intervalos regulares, el enfermo logra controlar el dolor pero no alcanza a llegar a la euforia, por tanto no va a desarrollar la dependencia psicológica.

La dependencia se refiere a un comportamiento involuntario basado en cambios fisiológicos que se manifiestan en el síndrome de abstinencia al suspender bruscamente los narcóticos y sin una relación directa con la adicción.

Los síntomas de abstinencia de narcóticos varían entre leves e intensos y son menos problemáticos de tratar de lo que la mayoría de los profesionales de salud creen. Una fórmula usada habitualmente para prevenir los síntomas de abstinencia es disminuir la dosis diaria total en un 10% diario durante un periodo de 10 días, o un 5% diario en un periodo de 20 días.

⁵⁴ Reyes Nieto, op cit, p 32, 33.

La tolerancia

Es un comportamiento involuntario basado en cambios fisiológicos y se presenta tras la administración repetida de un narcótico; se manifiesta cuando una dosis dada empieza a perder su eficacia, lo que exige la necesidad de dosis mayores.

La primera indicación de tolerancia es la disminución de la duración de acción de la droga y luego la disminución de la analgesia.

Si aparece la tolerancia, es tratada segura y eficazmente aumentando la dosis de narcóticos. La dosis de analgesia en un paciente que ha desarrollado tolerancia a los narcóticos no es letal porque también ha desarrollado tolerancia a los efectos secundarios peligrosos para la vida, tanto la depresión respiratoria como la sedación.

Coadyuvantes.

Son fármacos que ayudan, mejoran o potencializan la acción de los analgésicos no narcóticos o narcóticos. Se emplean para tratar los síntomas asociados al dolor o efectos secundarios de otros tratamientos. Pueden agruparse en anticonvulsivantes, neuromoduladores que intervienen en el dolor de tipo neuropático y por ende, disminuyen la dosis del narcótico. Los antidepresivos, ansiolíticos, psicotrópicos y esteroides que participan en forma muy especial e independiente, para tener efectos antieméticos, estimulantes del apetito, mejorando el estado de ánimo, el comportamiento, etc.

Para utilizar eficazmente estos medicamentos han de tenerse en cuenta muchos factores, entre los que cabe citar la edad del paciente, su estado de nutrición y la extensión de la enfermedad (en particular, la afectación del hígado y de los riñones). En los ancianos deben utilizarse dosis más bajas a causa de las variaciones en la farmacodinamia de los medicamentos y de la mayor intensidad de la respuesta. También en los pacientes mal

nutridos hay que emplear dosis iniciales más bajas, pues la mal nutrición altera las funciones corporales.⁵⁵

Con el uso adecuado de esta escalera, teniendo en cuenta el tipo de dolor y sus características, la elección del fármaco ideal y los coadyuvantes, permitirán que el paciente encuentre alivio al dolor y mejore su calidad de vida.

6.2 Vías de administración.

Existen varias rutas para proporcionar a la persona un alivio óptimo del dolor acorde con la enfermedad y las alternativas para controlarlo:

VÍA ORAL.

En el caso de los AINE's esta vía es la principal o ideal teniendo en cuenta que la ingesta oral va relacionada al desdoblamiento por enzimas a partir de la mucosa oral o gástrica; su metabolismo es hepático y su excreción renal sin olvidar los efectos secundarios sobre la mucosa gástrica así como repercusión a nivel sanguíneo como antiagregante plaquetario y que su uso por más de tres meses trae otros efectos como el daño renal, excepto a dosis bajas del ácido acetyl salicílico en terapéuticas cardiovasculares.

En relación a los opiáceos su metabolismo es igual, pero se debe tener en cuenta el buen funcionamiento de estos órganos vitales y que repercutirá en la concentración plasmática, originando que el fármaco continúe ciclándose originando sobredosificación así como toxicidad en tratamientos crónicos.

⁵⁵ INC. Manual Clínica del Dolor, op cit s/p

VIA INTRAVENOSA.

Esta se elige en relación al efecto y disponibilidad en el paciente; su uso más común es para control del dolor agudo, o cuando se requiera un efecto de acción más rápido, permaneciendo a infusión continua las primeras 72 h, o hasta conseguir el efecto deseado. Si el paciente es portador de catéter central y no es candidato a otra opción, se podrá dejar a infusión continua hasta el restablecimiento de otra vía, o permanente en el caso de enfermos terminales.

VÍA INTRAMUSCULAR.

Es una de las vías tradicionales ya que demuestra efecto inmediato, teniendo en cuenta que su eliminación será igual obteniendo un periodo más corto de analgesia.

Dicha vía no es usual en el área de dolor por originarlo también durante su aplicación y daño al hacerlo en forma continua, contraindicándola en pacientes con dolor crónico. Esta técnica sólo se utiliza en servicios de urgencia o en caso de dolor agudo, partiendo de que al aplicarla en músculo, su paso al plasma es más rápido, alcanzando concentración plasmática en un corto tiempo, lo cual ayudará para poder definir en este lapso de control del dolor el origen de éste, dar solución o tratamiento a la causa y establecer la mejor vía de administración del analgésico para el paciente.

El tiempo de acción por esta vía es alrededor de los 30 min. siendo variable en cada paciente. Se debe tener en cuenta que algunas sustancias son altamente irritantes en este tejido, originando más dolor que beneficio.

NASAL.

La mucosa nasal se ha considerado en algunos casos como otra vía de administración para el control del dolor, por ser accesible y bajo los principios de obtener una absorción inmediata.

Algunos analgésicos se han aplicado por esta vía siendo de utilidad en las áreas quirúrgicas obteniendo un efecto rápido y de corta duración, sin embargo, no es opcional para el paciente ambulatorio por la irritación de la mucosa y el ardor intenso a la aplicación.

SUBLINGUAL.

La mucosa oral es una de las mejores alternativas de administración, ya que ofrece no sólo la inmediata absorción, y por lo tanto concentración plasmática, y por otro, la facilidad de administrarlo en cualquier momento.

RECTAL

El fundamento de esta vía es igual al de las dos mucosas anteriores, con la diferencia que su efecto y concentración puede variar por la velocidad de absorción o inclusive por la composición de la materia fecal.

Existen medicamentos que se absorben específicamente en el recto, evitando el paso por la vía digestiva como es el caso de algunos antiinflamatorios, antipiréticos o la misma morfina.

Es una alternativa en pediatría, pacientes geriátricos o aquellos pacientes con limitantes a la vía oral por alteraciones gástricas, náusea, vómito o que necesitan estar en ayuno, o como descanso ante la ingesta crónica oral de diversos fármacos. Está contraindicada en

lesiones del ano o recto porque la aplicación del supositorio puede causar dolor, al igual que en caso de diarrea.

TRANSDERMICA.

El parche de Fentanyl es la única presentación comercial disponible para el uso de esta vía. Cada uno tiene una duración de 72 hrs. y es parcialmente absorbido a través de la piel. Los niveles plasmáticos son incrementados gradualmente hasta las 12 a 18 hrs. posterior a su aplicación y tiene una vida media de eliminación de 21 hrs. Es la elección ideal en aquellos pacientes con dolor constante e infrecuentes episodios de dolor incidental en los que el aumento o disminución intempestiva del dolor no es previsible.

SUBCUTÁNEA.

El tejido subcutáneo (adiposo) ofrece una absorción lenta y continua del medicamento, lo cual permite utilizar dosis menores y aplicaciones menos frecuentes. Se le considera como una de las mejores opciones para analgesia en pediatría, postoperatorio y dolor por cáncer, ofreciendo alternativas de manejo como la infusión continua (Analgesia controlada por el paciente) bolos o dosis intermitentes.

Aparentemente es una técnica agresiva; se puede utilizar como dosis única o dosis inicial para establecer concentración plasmática y posteriormente colocarse un dispositivo subcutáneo, el cual permitirá pasar el fármaco sin causar dolor o un piquete más. Es una alternativa para los pacientes con alteraciones gástricas, sin disponibilidad para la vía oral o que presenten náusea o vómito.

VÍA PERIDURAL.

La administración intraespinal de opiodes representa un avance definitivo en la terapéutica del dolor. Esta analgesia debe de ser administrada cuando el dolor no puede ser controlado por la vía oral, intravenosa, subcutánea o transdérmica por sus efectos colaterales.

Esta vía requiere experiencia, conocimiento de la técnica, asistencia con equipo especializado y seguimiento estricto. Sin embargo, antes del implante definitivo del dispositivo, deben de efectuarse pruebas para valorar la respuesta a la terapia espinal. Hay que recordar que los fármacos opiáceos deben ser libres de conservadores y antioxidantes por el riesgo de producir neurotoxicidad. Los opiáceos son absorbidos a la circulación general mediante los plexos venosos peridurales y hacia los centros superiores cerebrales mediante el líquido cefalorraquídeo.⁵⁶

6.3 Efectos Secundarios y Colaterales.

Efectos gastrointestinales.- Son los efectos secundarios más importantes. La aspirina puede lesionar la mucosa gástrica, provocando una gastritis erosiva y hemorragia gástrica. Los síntomas son: ardor, dispepsia, náusea y vómitos; los signos son anemia y pérdida de sangre por las heces. Esta sintomatología puede exacerbarse en casos de que el paciente esté bajo tratamiento de quimioterapia.

Efectos sobre la hemostasia y la coagulación.- La inhibición de la agregación plaquetaria prolonga el tiempo de sangrado. A diferencia del paracetamol, la aspirina puede ejercer

⁵⁶ INC. Memorias del III Curso Internacional, op cit. s/p

un efecto irreversible en las plaquetas que sólo desaparecerá cuando se formen otras nuevas.

Hipersensibilidad.- Las manifestaciones clínicas de este síndrome pueden aparecer a los pocos minutos de la ingestión del medicamento. Comprenden desde rinitis vasomotora con rinorrea profusa, edema angioneurótico, urticaria y asma bronquial hasta el edema laríngeo y la broncoconstricción con hipotensión, choque, inconsciencia y colapso vasomotor completo ⁵⁷

Los efectos secundarios más frecuentes y comunes para todos los opiáceos en mayor o menor grado son la sedación, somnolencia, náuseas, vómito, estreñimiento, diaforesis, depresión respiratoria y el desarrollo de tolerancia y dependencia física; menos frecuentes son el prurito, retención urinaria, alteraciones hemodinámicas e intolerancia gástrica. ⁵⁸

Efectos colaterales.- Los opiáceos ocasionalmente, pueden producir mioclonías, convulsiones, alucinaciones, confusión, disfunción sexual, prurito y disturbios del sueño. ⁵⁹

Es importante recordar que en la selección de la terapia farmacológica, se debe considerar:

1. - El objetivo es siempre el confort del enfermo.
2. - Las vías de elección serán en el siguiente orden: oral, subcutánea, rectal, intramuscular, intravenosa.
3. - Debe tener una eficacia comprobada.
4. - Pocos efectos indeseables.
5. - De fácil comprensión y manejo para el enfermo y la familia

⁵⁷ INC. Manual de Actualización para Enfermería Onco. Hematológica, p.185,186.

⁵⁸ Reyes Nieto, op cit, p.43,45

⁵⁹ INC. Memorias del III Curso Internacional, op cit. s/p

Capítulo 7 PANORAMA GENERAL PARA EL TRATAMIENTO ALTERNATIVO DEL DOLOR CRÓNICO

Existen diversas alternativas no farmacológicas para el tratamiento del dolor crónico y recientemente la investigación en los cuidados paliativos ha conseguido controlar el síntoma de más impacto para el paciente: el dolor, para abrir caminos inexplorados encaminados al confort del ser humano en sus tres esferas (bio-psico-social).

7.1 Fisioterapia.

La fisioterapia es el tratamiento que el paciente recibe mediante agentes y métodos físicos, como masaje, manipulación, ejercicios terapéuticos, frío, calor (onda corta, microonda, diatermia ultrasónica) hidroterapia, estimulación eléctrica y lumínica que facilitan su rehabilitación y el restablecimiento de una función normal después de una enfermedad o de una lesión⁶⁰

La mejoría en el bienestar y el mantenimiento de la autosuficiencia que puede proporcionar la fisioterapia, se consigue a través de cuatro áreas de intervención:

-Función respiratoria.

-Analgesia.

-Autonomía.

-Relajación

- La fisioterapia parte de la valoración del potencial del paciente para restablecer su capacidad física y establece un programa de tratamiento para recuperar al máximo la capacidad funcional de éste a través de:
- Control del dolor y otros síntomas relevantes para el paciente.

⁶⁰ Diccionario Mosby de medicina y ciencias de la salud. Vol II.

- Intentar restablecer el estado nutricional.
- Restauración de la fuerza y la movilidad.
- Aumento de la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria.
- Apoyo psicológico.
- Implicar, en la medida de lo posible, a la familia en todos estos cuidados.

La fisioterapia respiratoria comprende un conjunto de técnicas que se emplean en un amplio número de padecimientos que originariamente pueden ser muy distintos entre sí, pero que tienen en común el compromiso de la función respiratoria.

Las técnicas de fisioterapia respiratoria se clasifican en:

1. - Técnicas de drenaje bronquial.
2. -Ejercicios respiratorios.
3. -Entrenamiento físico general y de la musculatura respiratoria.

Analgesia.- ésta incluye la tracción, las movilizaciones suaves activas y pasivas, la masoterapia en todas sus modalidades y la ENET.

La masoterapia, desde un punto de vista terapéutico, es una combinación de manipulaciones variadas, basándose esencialmente en el movimiento y presión prácticamente sobre la superficie del cuerpo humano, con el objetivo de movilizar los tejidos y restaurar en ellos el intercambio sanguíneo normal

Los efectos de la masoterapia son

- Aumenta la temperatura de la piel y mejora su estado fisiológico.
- Mejora la circulación periférica, acelerando los movimientos nutritivos y la eliminación de desechos.
- Disuelve las adherencias de los tejidos blandos.

- Disminuye la tumefacción e induración tisular
- Distiende los músculos y tendones contraídos.
- Seda y relaja el sistema nervioso central.
- Puede sedar o estimular el sistema nervioso periférico, según la técnica empleada.

Estimula o relaja la musculatura esquelética, también dependiendo de la técnica realizada.

7.2 Acupuntura.

Utilizada para dolor agudo a crónico, su origen se remonta a 4000 años, según consta en el relato del libro Huang Ti Nei Ching, sin embargo, en occidente se conoció en 1863, desarrollándose en Europa y Asia. En América fue introducida en Argentina en la década de los sesenta.⁶¹

Esta técnica se basa en la teoría de la antigua China de las dos fuerzas opuestas, el ying y el yang. Cada una de ellas se mueve en el organismo a lo largo de meridianos asociados a determinados órganos o partes del organismo. La teoría china dice que el dolor y la enfermedad se deben a un desequilibrio entre ambas fuerzas.

Cada meridiano está formado por alrededor de 1000 puntos conocidos de acupuntura que pueden corresponder a las mismas localizaciones como puntos desencadenantes en el organismo. Los puntos desencadenantes son pequeñas áreas hipersensibles de los músculos o del tejido conjuntivo que pueden provocar dolor cuando son estimuladas y que lo alivian si reciben una presión mantenida.⁶²

Para obtener algún efecto de la estimulación acupuntural, es necesaria la estimulación continua, moderadamente intensa, de los tejidos por las agujas, ya que no basta la

⁶¹ INC.Memorias del III curso internacional, op cit s/p.

⁶² Beare Myers. Principios y Práctica de la Enfermería Médico Quirúrgica, p.259

inserción de éstas en los tejidos, sino que la estimulación debe mantenerse a base de rotar las agujas sobre sí mismas con los dedos del acupunturólogo. Es necesario puncionar los puntos idóneos, siendo la estimulación y el sitio donde se practica, factores primordiales para el éxito antiálgico.

La analgesia no comienza de inmediato, ya que debe mantenerse la estimulación durante 20 a 30 minutos, al cabo de los cuales, la analgesia podrá prolongarse durante horas.

La teoría que mejor explica cómo actúa la acupuntura, es la activación de las compuertas: la estimulación local de las fibras de gran diámetro mediante agujas, "cierra la puerta al dolor"; mientras que paralelamente se ha descrito la producción de analgesia por estimulación secundaria a la secreción de endorfinas a nivel medular.⁶³

7.3 Bloqueo Nervioso.

Desde principios del siglo XX se han empleado los bloqueos nerviosos para el tratamiento del dolor crónico.

El bloqueo nervioso es un tratamiento invasivo que delimita la zona dolorosa evitando un manejo sistémico con fármacos, especialmente si el paciente manifiesta cuadro doloroso regional o muy localizado.⁶⁴

Los bloqueos nerviosos consisten en inyectar un agente anestésico en o cerca de un nervio para reducir las vías del dolor y se efectúan por una de las siguientes razones:

1. - Pronóstica. – Para valorar el efecto de un bloqueo permanente o de una intervención neuroquirúrgica, incluyendo el alivio del dolor y las posibles complicaciones.
- 2.- Diagnóstica.- Para determinar las vías específicas del dolor y ayudar a determinar su localización.

⁶³ Long Phipps, op cit, p.183

⁶⁴ INC. Memorias del III Curso Internacional, op cit. s/p

3. - Terapéutica.- Para controlar el dolor.

Tipos de bloqueo nervioso.

- Infiltración local.
- Bloqueo periférico.
- Bloqueo del plexo celiaco.
- Bloqueo del ganglio estrellado.
- Bloqueo simpático lumbar
- Bloqueo intratecal (subaracnoideo).

7.4 Procedimientos Neuroquirúrgicos.

Cuando existe un dolor crónico y constante que no puede controlarse mediante el uso de analgésicos o las alternativas anteriormente mencionadas, éste puede reducirse o eliminarse, empleando alguno de los métodos neuroquirúrgicos:

Procedimientos neuroquirúrgicos para controlar el dolor.

- Neurectomía.
- Rizotomía.
- Cordotomía.
- Simpatectomía.

Este tipo de intervenciones suelen efectuarse en pacientes con cáncer y dolores intensos, en los que se prevé una esperanza de vida lo suficientemente escasa como para justificar estas drásticas medidas.⁶⁵

⁶⁵ Beare Myers, op cit, p.255

Sin embargo, estos procedimientos tienen limitaciones, tales como: corta duración del alivio, disestesias, síndrome de dolor central (sensaciones abrasadoras en las áreas de la piel que carecen de sensaciones debido a las interrupciones quirúrgicas aferentes) y posibles disfunciones neurológicas.

7.5 Hipnosis.

Braid acuñó el término de hipnosis en 1843, tomando la palabra griega hypnos que significa sueño. La hipnosis es un estado fisiológico logrado por la relajación que mediante sugerencias verbales consigue el hipnotista, logrando respuestas de desinhibición, hipersugestibilidad, disminución de los mecanismos del yo, regresiones, conductas de acuerdo con lo sugerido, amnesia ocasional, alucinaciones, analgesia, divisiones de la conciencia del yo, distorsión del tiempo, así como la posibilidad de llevar a cabo órdenes posthipnoticas (cuando éstas no estén en contra de la integridad física o mental del sujeto).

Las hipnosis ha probado su utilidad analgésica en diferentes patologías como son fracturas, parto, artritis y dolor postoperatorio, especialmente si la situación se agrava por la tensión y el estrés.⁶⁶

Se contemplan 4 técnicas fundamentales en pacientes con dolor crónico bajo hipnosis: Disminución directa por analgesia o anestesia sugerida, sustitución, desplazamiento y disociación.

La ventaja primordial de éste método es la participación activa del paciente, el cual ante la creciente y amenazante incapacidad física y mental, desempeña un papel dinámico en su tratamiento, lo cual revierte o disminuye la depresión que generalmente acompaña a los

⁶⁶ Long Phipps, op cit, p.183,184.

enfermos crónicos, con la ventaja de no producir efectos secundarios desagradables, sin disminuir la eficacia con el tiempo y no creando tolerancia para sus efectos.

7.6 Psicoterapia.

Se incorpora en los 70's a los Psicólogos y Psiquiatras como parte del equipo multidisciplinario para el manejo del paciente con el dolor crónico, contribuyendo en forma importante clasificando los síndromes dolorosos y desarrollando modelos teóricos para comprender las interacciones de los factores emocionales, sociales y biológicos;

La psicoterapia permite aclarar las ideas de culpa y agresividad. Posteriormente trata de desviar la atención que pone el paciente en el dolor físico hacia las causas emocionales, mismas que hacen más terrible el sufrimiento, intenta solucionar los sentimientos de culpa y hostilidad, recuperar la estimación y la confianza en sí mismo, lo cual, refuerza positivamente el ambiente circundante del paciente.

La psicoterapia tiene el inconveniente de necesitar mucho tiempo, pero vale la pena intentarla en aquellos pacientes que tengan enfermedades orgánicas con serias repercusiones emocionales.⁶⁷

7.7 Radioterapia.

Aquellos pacientes seleccionados en forma adecuada para recibir radioterapia como una opción terapéutica más en el tratamiento del dolor secundario a patologías neoplásicas, pueden mejorar al aplicar las dosis adecuadas, y por ende, puede haber mejoría del dolor, los tumores que más responden a la radioterapia son el linfoma de Hodgkin,

⁶⁷ INC. Memorias del III Curso Internacional, op cit. s/p

mieloma múltiple y enfermedades relacionadas con el sistema reticuloendotelial, sistema funcional que participa en la defensa frente a las infecciones.⁶⁸

7.8 Tratamiento dietético.

El papel fundamental de un tratamiento dietético consiste en prevenir la mala nutrición, controlar los signos y síntomas de la enfermedad, retrasar la progresión de ésta y proporcionar apoyo a la terapéutica del paciente. Desempeña por ello un papel importante en el mantenimiento o mejora de su calidad de vida y rehabilitación.

El punto de partida de un plan terapéutico dietético es la ingesta habitual del paciente. Cuanto menores sean los cambios que se introducen, mayores serán las probabilidades de que se adapte a las preferencias individuales y que por tanto, el paciente siga el nuevo plan de alimentación.

La dieta adecuada para una situación determinada depende del estadio o gravedad de la enfermedad, de las características del paciente (edad, nivel educativo, lugar de origen, etc.), del tratamiento en general (ambulatorio, hospitalizado) y de la situación social. Por ejemplo, es recomendable que un paciente con artritis consuma pescado, ya que existe la evidencia de su riqueza en ácidos grasos omega 3, que pueden ayudar a reducir el dolor que provoca la inflamación de las articulaciones, igualmente deberá excluir de su dieta los alimentos ricos en grasa saturada y purinas. O el paciente que padece migraña, que deberá evitar detonadores como: la tiramina, encontrada en el queso, hígado de pollo, crema agria y vino tinto; la feniletilamina, encontrada principalmente en el chocolate; los nitratos, que se agregan a las carnes como conservadores y la cafeína entre otros, presente en el café, té y algunas bebidas gaseosas.⁶⁹

⁶⁸ Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud, op cit, p.1021

⁶⁹ Philip Goldberg. Mas de Mil Remedios Fáciles y Rápidos para el Dolor, p.248

Los ejemplos son innumerables, ya que durante la vida de una persona las necesidades nutricionales (proteínas, grasas, carbohidratos, agua, vitaminas y minerales), varían según los cambios internos y externos, períodos de crecimiento rápido, estrés, enfermedades, embarazo, lactancia, edad adulta o vejez.

Existen cuatro principios básicos que sirven de guía para una buena terapéutica dietética: en primer lugar, la manifestación de dolor por el paciente debe suponer relación con los alimentos que consume, en segundo lugar, el tratamiento dietético debe basarse en sólidas razones científicas, en tercer lugar, el paciente ha de tener la disposición para llevar a cabo las modificaciones requeridas en su dieta y por último, ha de seguir la dieta. En el hospital, la motivación para que un paciente consuma una dieta terapéutica puede ser escasa, ya que difícilmente existe otra posible elección de alimentos, pero por el contrario, en pacientes ambulatorios o que han sido dados de alta, la enfermera tiene una misión muy importante, al fomentar el autocuidado y ofrecer los efectos positivos de carácter funcional.⁷⁰

7.9 Estimulación Eléctrica Central.

Es una modalidad de neuroestimulación, se usa principalmente en el dolor central de origen talámico, neuralgia del trigémino, que no respondió al tratamiento quirúrgico previo, tumores malignos con metástasis a plexos nerviosos y artritis.

Los resultados de esta modalidad terapéutica a largo plazo son excelentes. El factor limitante para la implantación de electrodos estimulantes es el alto costo que éstos tienen así como el equipo especializado que requieren.

⁷⁰ Harrison. Principios de Medicina Interna, op cit, p.531

7.10 Medicina osteopática.

Es una técnica de manipulación ósea nacida a finales del siglo XIX. En el ser humano por haber aprendido a caminar erguido y como acto de evolución han proliferado las afecciones y dolores relacionados con la espalda. Por lo que la llamada "medicina manual", osteopática, quiropráctica, ortopédica o manipulativa del aparato locomotor tiene su campo de acción especialmente en el reumatismo no inflamatorio, para lo cual se auxilia de la radiología para el diagnóstico y utiliza la fisioterapia y las dietas como apoyo al fomento de su salud y el autocuidado.

Capítulo 8. EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA

Una de las funciones básicas de la familia es la formación y la protección física y emocional de sus miembros, es por ello que en las diversas culturas y en muchas especies animales, la familia asume la responsabilidad de cuidar a los miembros de ésta y satisfacer sus necesidades básicas, y como agente socializador, algunos hábitos en el estilo de vida, como el cuidado de la salud, la dieta, el consumo de tabaco y alcohol, son transmitidos por la familia.

Así mismo, se ha encontrado que la familia juega un papel muy importante en la salud de sus miembros, tanto en el mantenimiento de ésta, como en la patogénesis, tratamiento y cuidado de la enfermedad.

El éxito de la familia para cumplir con sus funciones de cuidado de la salud, depende de dos factores. El primero, relacionado con problemas estructurales: espacio en el hogar, disponibilidad de los miembros, tiempo y dinero para realizar las acciones necesarias. El otro se refiere a la presencia de actitudes, habilidades y motivaciones facilitadoras⁷¹

Margaret Newman (1994) nos hace reflexionar acerca de la situación enfermedad y el contexto familiar. Ella afirma que nosotros no somos personas separadas cuyos procesos de salud- enfermedad nos hacen diferentes a los demás; al contrario, somos sistemas de energía abierta en interacción y desarrollo constante con el ambiente, familia y comunidad.

En este sentido, la contribución del grupo familiar es de gran importancia, ya que la percepción de una alteración de la salud, las decisiones y la mayoría de las acciones de cuidado comienzan y se desarrollan en el marco familiar, brindando soporte de tipo emocional (afecto, confianza, compañía), de tipo instrumental (bienes, servicios, techo) ,o de tipo informativo (orientación, datos, consejo).⁷²

⁷¹ Facultad de Enfermería. Dimensiones del cuidado, p. 128

⁷² Facultad de Enfermería. Dimensiones del cuidado, ibidem, p.129

Sin embargo, para que este soporte constituya una auténtica relación de ayuda, debe de ir acompañado de sinceridad, respeto, disposición, empatía, tolerancia, confianza, aceptación, seguridad, contacto, interés, acercamiento y escucha genuinos, todos indispensables para brindar cuidado.

Dado que el paciente con dolor es por lo general un paciente con depresión; la enfermera deberá considerar y promover paralelamente al tratamiento, un programa de acción que involucre a su familia, para que a partir de esta experiencia interpersonal el paciente reconozca sus puntos fuertes o potencialidades, que bien pueden dirigirse al deporte y actividades al aire libre, a participar en hobbies o trabajos manuales, al fomento de artes expresivas, como la escritura, pintura, dibujo o apreciación musical, a su interés o habilidad para llevar a cabo regímenes destinados a promover y facilitar la salud, al deseo de adquirir más educación, a la promoción de aptitudes o recursos especiales, tales como la habilidad para las matemáticas, las ventas, etc., hacia su participación en actividades religiosas. Todo ello proporciona gran soporte al paciente y permite a la familia fortalecerse.

Considerando los aspectos anteriormente descritos, es a la enfermera a quien corresponde acercarse al contexto familiar con el propósito de guiar las acciones de cuidado bajo un abordaje holístico, que permita una relación humano-humano, recordando que cuidado implica un encuentro entre seres humanos con diferentes sabidurías, componentes psicosociales y culturales, que se traduce en un crecimiento mutuo como cuidadores e incrementa nuestra sensibilidad y autonomía.

Es a la enfermera a quien compete analizar si el paciente está logrando su máximo potencial y si su familia cuenta con el apoyo para lograrlo. Preguntas para este propósito son:

*¿Experimentan los cuidadores síntomas relacionados con el estrés?

*¿Cómo apoya el sistema familiar?

*¿Ha podido la familia adaptarse?

*¿Comentan sentimientos de impotencia, culpabilidad o sufrimiento?

En caso de requerir terapia farmacológica, saben el paciente y su familia:

- ¿Qué medicamento es? ¿Cuál es su nombre?

- ¿Cuál es su efecto?(efecto deseado, secundario, colateral)

*¿Qué pueden hacer para controlar los efectos colaterales?

*¿Cuál es su vía de administración? ¿Qué otras opciones existen y cuál es la mejor?

*¿Qué hacer en caso de exacerbación del dolor?

*¿Qué otras alternativas existen en caso de no controlar el dolor?

*¿Qué ocurre si suspenden el medicamento o si dosifican en exceso?

En general, ¿Ha podido la familia apoyar el nivel óptimo de funcionamiento del paciente?

Una actividad prioritaria es, sin duda, el proceso de enseñanza- aprendizaje que la enfermera comparte con el paciente y su familia en cuanto a actividades asistenciales y de enseñanza continua, el cubrir necesidades fundamentales de autocuidado, como aprender a cuidar de sí mismo en cuanto a movimiento y posición, evitar las escaras, alimentación, respiración, eliminación, ventilación, descanso, aseo, comodidad, arreglo personal, interacción con el núcleo familiar, ocupación, distracción y practicar su religión, facilitan la independencia e incrementan en gran medida la calidad de vida del paciente; así mismo, la orientación respecto al padecimiento del paciente, o la progresión de la enfermedad los beneficios del tratamiento y la importancia de su continuidad, son en gran medida responsabilidad de la enfermera, para lo cual se auxiliará haciendo uso de material didáctico, como rotafolios, maniqués o directamente con el paciente, sin olvidar que un cuidado competente requiere que el paciente y su familia se sientan siempre apoyados y respetados.

En el cuidado al paciente con dolor, la enfermera ofrece una serie de alternativas para que la persona encuentre la opción más acorde a sus necesidades, permitiéndole aprender, fluir a través de la experiencia y crecer en un proceso mutuo que permitirá a su vez a la enfermera asimilar el cuidado como parte de una filosofía que le dará la oportunidad de dejar de ser un profesional que "hace cosas para el paciente" para convertirse en profesional que "cuida la vida".

Conclusiones.

- La atención del paciente con dolor es idealmente multidisciplinaria, sin embargo, el cuidado de enfermería es la piedra angular pues a partir de la adecuada valoración e identificación de las necesidades del paciente, el conocimiento del tratamiento farmacológico y los métodos no invasivos, constituyen una oportunidad única para individualizar sus intervenciones para el paciente, teniendo siempre en mente que las palabras y las acciones no tienen que prometer curación, sino cuidados, tranquilidad y apoyo.
- El papel de Enfermería en el equipo multidisciplinario de atención al paciente con dolor es de suma importancia. Para ello, se requiere un manifiesto deseo de trabajar en equipo y una excelente capacidad de comunicación, especialmente para responder al enfado y hostilidad del paciente, con apoyo y comprensión.
- La Enfermera es sin duda un vínculo clave en la facilitación de la comunicación entre el paciente, su familia y el equipo de salud; de ahí la importancia de su preparación continua, que le permitirá mejorar sus acciones encaminadas al cuidado del paciente con dolor.
- La ciencia del dolor es relativamente nueva; por tanto, habrá momentos que nuestras acciones parecen insuficientes para aliviar o controlar el dolor de la persona, y cuando esto ocurre, la enfermera puede hacer uso de otras alternativas, además de los analgésicos, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Adicción:** Patrón conductual del uso compulsivo de drogas, por sus efectos psíquicos, no por razones fisiológicas.
- **Algodinia/alodinia:** Es el dolor resultante de un estímulo no nocivo a la piel normal.
- **Algología:** Rama de la medicina que se ocupa del estudio del dolor.
- **Analgesia:** Ausencia de dolor con la aplicación de un estímulo nocivo.
- **Biorretroalimentación:** Proceso que proporciona información a un sujeto a partir de datos visuales o auditivos, sobre las funciones fisiológicas autónomas de su cuerpo, tales como la presión, la tensión muscular, la actividad cerebral, habitualmente a través de instrumentos.
- **Bradiquinina:** Potente vasodilatador que contiene nueve residuos de aminoácidos.
- **Dependencia física:** Comportamiento involuntario basado en cambios fisiológicos que se manifiestan en el síndrome de abstinencia al suspender bruscamente los narcóticos y sin una relación directa con la adicción.
- **Causalgia:** Dolor quemante residual después de una lesión traumática de un nervio.
- **Dermatoma:** Área del cuerpo inervada por fibras aferentes de una raíz espinal.
- **Dolor central:** Es el dolor resultante de una lesión del S.N.C.
- **Disestesia:** Sensación displacentera anormal.
- **Enkefalina:** Pentapéptido analgésico que libera el organismo. Las enkefalinas son la metionina enkefalina y la isoleucina enkefalina; cada una de ellas está compuesta por cinco aminoácidos. Se cree que estos dos neuropéptidos pueden deprimir las neuronas del S.N.C.
- **Endorfinas:** Neuropéptidos compuestos por múltiples aminoácidos elaborados por la hipófisis y que actúan sobre el S.N.C. y periférico para reducir el dolor.

- Epicrítica: Relativo a la sensación somática de sensibilidad táctil discriminativa fina, vibración.
- Hiperalgnesia: Sensibilidad aumentada a un estímulo nocivo.
- Hiperestesia: Sensibilidad aumentada a un estímulo
- Histamina: Sustancia presente en todas las células producida por el metabolismo de la histidina. Se libera en las reacciones alérgicas y causa dilatación de los capilares, disminución de la presión sanguínea, aumento de la secreción de jugo gástrico y contracción de los músculos lisos de los bronquios y del útero.
- Holístico: Perteneciente al todo, que considera todos los factores.
- Isquemia: Disminución del aporte de sangre a una parte u órgano del cuerpo.
- Neuralgia: Dolor localizado en el trayecto de un nervio determinado.
- Neuritis: Inflamación de un nervio.
- Neurografía percutánea: Estudio de los potenciales de acción de los nervios.
- Neurona: Célula nerviosa básica del sistema nervioso, formada por cuerpo celular, núcleo y una o más prolongaciones. Las neuronas sensitivas transmiten los impulsos nerviosos hacia la médula espinal y el encéfalo. Las neuronas motoras transmiten los impulsos nerviosos desde el encéfalo y la médula espinal a los músculos y los tejidos glandulares.
- Neuropatía: Disturbio de la función o cambios patológicos en un nervio.
- Neurotrasmisor: Agente químico que modifica o produce impulsos nerviosos entre la sinapsis. (ej.: Cloruro de acetilcolina, noradrenalina)
- Nivel de tolerancia dolorosa: La mayor intensidad de un estímulo doloroso que una persona está preparada para tolerar.
- Nociceptor: Receptor sensitivo preferentemente a estímulos dolorosos o potencialmente nocivos.

- Opiáceo: Fármaco narcótico que contiene opio, derivados del opio o cualquiera de los diversos fármacos sintéticos con actividad similar a la del opio que causa sueño y alivio del dolor.
- Opiode: Compuesto químico natural o sintético que posee efectos parecidos a los del opio, por ejemplo, las endorfinas o las encefalinas producidas por los tejidos corporales o la metadona sintética.
- Propioceptivo : Relativo a las sensaciones de generar los movimientos del cuerpo y a la consecuencia de la postura, permitiendo al organismo orientarse en el espacio sin puntos de referencia visuales.
- Protopática: Relativo a las sensaciones somáticas del dolor localizado rápido, del dolor mal localizado lento y de la temperatura.
- Prostaglandina : Uno de los diversos potentes ácidos grasos no saturados de tipo hormonal que actúan en concentraciones sumamente pequeñas sobre órganos diana locales.
- Receptor periférico: Terminación nerviosa sensitiva perteneciente a la zona externa, superficial de un órgano o estructura.
- Somático: Caracterizado por la interacción de la mente o psique con el cuerpo. Expresión de un conflicto emocional a través de síntomas físicos.
- Sustancia P: Sustancia neurotransmisora sintetizada por el organismo. Actúa estimulando la vasodilatación y la contracción de los músculos lisos.
- Tolerancia: Comportamiento involuntario basado en cambios fisiológicos que se presentan tras la administración repetida de un fármaco. Se manifiesta cuando una dosis dada pierde su eficacia, lo que exige la necesidad de dosis mayores.
- Umbral: Punto en el que un estímulo es lo suficientemente intenso para producir un efecto

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- Báez Villaseñor José. Nosología Básica Integral. Tomo I. Méndez editores. México, pp. 504.
- Beare Myers. Principios y práctica de la Enfermería Médico Quirúrgica. 2ª. Edición. Vol. I. Mosby Doyma libros. Madrid, 1995, pp 1091.
- Cibanal Juan. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Ediciones Doyma. Barcelona. 1991, pp 166.
- Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud. Vols. I, II y III. Mosby/Doyma libros. Madrid, 1995, pp 1538.
- Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Dimensiones del Cuidado. Editado por el grupo de Cuidados. Colombia, 1998, pp 353
- García Sancho. Dolor, Diagnóstico y Tratamiento. Nueva Editorial Interamericana. México, 1974, pp 261.
- Goldberg Philip. Mas de Mil Remedios Fáciles y Rápidos para el Dolor. Ed. Diana. México. 1997, pp.328
- Harrison. Principios de Medicina Interna. 13ª. Edición. Tomo I. Mc. Graw Hill Interamericana Madrid, 1994, pp 1436.
- International Association for the Study of Pain. Subcomitee on Taxonomy. Classification of Chronic Pain Descriptions. Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 1986.
- International Association for the Study of Pain. Subcomitee on Taxonomy. Pain Terms: A list with definitions and notes on usage. 1979.
- Long Phipps, Cassmeyer. Enfermería Médico Quirúrgica. Un enfoque del proceso de enfermería. 3ª. Edición. Mosby Doyma, pp 1708.

- López Frank. Aspectos Sociológicos de la Enfermería. Editorial Interamericana. México, 1981, pp 118.
- Mc. Caffery Margo y Beebe. Dolor. Manual Clínico para la práctica de Enfermería. Salvat. Barcelona. 1992, pp 349.
- Madigan Marian, Neherén Jeanette. Psicología. Teoría y Práctica. 5ª edición. Nueva Editorial Interamericana. México, 1973, pp 384.
- Mc. Gregor Frances. Las Ciencias Sociales y la Enfermería. La Prensa Médica Mexicana. México, 1968, pp 280.
- Novel Martí Gloria, et al. Enfermería Psicosocial II. Salvat editores S. A. Barcelona 1991, pp 333.
- Olea Franco Pedro, et al. Manual de técnicas de Investigación Documental. Editorial Esfinge. México, 1993, pp 231.
- Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor en cáncer. Ginebra, 1987.
- Peplau Hildegard. Teoría Interpersonal en la práctica de la Enfermería. Masson. España, 1996, pp 473.
- Reyes Nieto Elena. Guía básica para el Manejo del Dolor por Enfermería. JGH Editores. México, 1999, pp 58.
- Rogers Carl. El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica. Editorial Paidós. Colección Psiquiatría y Psicoterapia. No. 48. México, 1999, pp 356.
- Ruch Zimbardo. Psicología y Vida. Editorial Trillas. México, 1979, pp 559.
- Smith E. Ronald, Sarason G Irwin et al. Psicología Fronteras de la Conducta. 2ª edición. Harla Harper and Row Interamericana. México, 1984, pp 924.
- Woytyla Karol. Enciclica Salvific Doloris. 1984. S/pp.

REFERENCIAS HEMEROGRÁFICAS

- Barroso Rodríguez Noé. Dolor, compañero inseparable, en: Revista Médica del IMSS. Vol. 34. No 2, 1996.
- Bejarano Pedro y Schmidt Robert. Entendiendo el Problema del Dolor Mecanismos y Semiología, en: Tribuna Médica, Vol. 87, No. 6. Bogotá, 1996, pp 331.
Instituto Nacional de Cancerología.
- Manual de Actualización para Enfermería Onco Hematológica. Editado por Fundación Glaxo. México s/pp.
- Instituto Nacional de Cancerología. Manual de la Clínica del Dolor. Secretaría de Salubridad y Asistencia.s/pp.
- Instituto Nacional de Cancerología. Memorias del III curso internacional: Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. Martou Impresiones. México, 1997. S/pp.
- Meinhart NT. Mc Caffery M. Pain: A nursing approach to assessment and analysis. New York. 1983. Appleton- Century Crafts, pp 89
- Molina Restrepo Ma. Eugenia. Dolor en Cáncer en: Investigación y Educación en Enfermería. Vol. XIII. No.1. Marzo 1995. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquía. Colombia, pp 62
- Montiel Raymundo, García Soledad. El apoyo emocional en la relación Enfermera- Paciente. Investigación bibliográfica. ENEO-UNAM. S/pp.
- Moreno Ruiz Ma. Elena, et al. Reconocimiento de la sensibilidad al dolor por la expresión facial de los recién nacidos, en: Revista Mexicana de Pediatría. Vol.62, No.5. Septiembre-Octubre. 1995. s/pp.
- Nyatanga Bryan. Emotional pain in a terminal illness: a dilemma for nurses, en Senior Nurse. Vol 13, No 3, May/June. 1995.<
- Omaña Imelda, et al. Los péptidos opiodes en el control del dolor, en: Salud Mental. Vol. 17, No 3, Septiembre 1994.s/pp.