

**DOLOR. SU ASPECTO  
MULTIDIMENSIONAL.  
PUNTOS CLAVES PARA UN  
MANEJO DE CALIDAD**

**LUCIA INMACULADA PEÑA PACHON**

# II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

**DOLOR. Su aspecto multidimensional. Puntos claves para un manejo de calidad.**

**Autor principal** LUCIA INMACULADA PEÑA PACHON

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

**Área Temática** PROYECTOS EUROPEOS E IBEROAMERICANOS EN LA GESTIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL

**Palabras clave** dolor multidimensional escalas educacion

## » Resumen

El propósito de este trabajo es el de identificar el aspecto multidimensional del dolor y las múltiples variables que influyen en la percepción y valoración del dolor. También el de hacernos conscientes de las dificultades que se nos pueden presentar a la hora de la valoración del dolor, dado que dicha valoración es clave para su buen manejo y tratamiento de calidad.

Las enfermeras tenemos la responsabilidad de saber agrupar todas las herramientas necesarias para favorecer la expresión y poder realizar una buena valoración del dolor con el fin de contribuir a un mejor manejo terapéutico, aumentar la confianza del paciente y así disminuir la ansiedad.

## » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

A través de los últimos años, el tema del dolor y su tratamiento ha alcanzado un reconocimiento mundial. Como consecuencia de dicho interés su estudio y desarrollo ha sido considerado desde la perspectiva de diversas disciplinas, con el fin de progresar en el entendimiento científico y humanitario de esa condición y consecuentemente optimizar su tratamiento.

Otras áreas del pensamiento han hecho importantes aportaciones relacionadas al fenómeno del dolor, brindándonos sus perspectivas sobre las amplias implicaciones del fenómeno del dolor en múltiples aspectos de la sociedad y de la calidad de vida(1).

El dolor es una de las causas más frecuente de consulta médica. Podemos encontrar varias definiciones de dolor. La definición de dolor más ampliamente aceptada es sin lugar alguna la provista por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, la cual, aunque se reconoce correcta y apropiada, contempla solamente sus aspectos sintomatológicos .

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor en 1979 definió el dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. (2)

Otra definición, la cual contempla otro aspecto más amplio, es la de Dolor Total por Cicely Saunders 1964. (2): Dolor que debido a su severidad, persistencia y grado de afectación es capaz de convertirse en el centro de la vida del enfermo.

La Real academia de la lengua define Dolor como Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.(3)

## » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: CLASIFICACIÓN DEL DOLOR. PERCEPCION DEL DOLOR. COMUNICACION DEL DOLOR .EVALUACIÓN DEL DOLOR.

Para poder valorar y actuar sobre el dolor tenemos que conocer que tipo de dolores existen. El dolor puede clasificarse según el tiempo de evolución, según la fisiología del dolor o según la localización del dolor. Posteriormente se describe brevemente los diferentes tipos de dolor (4):

Dolor agudo

Es la señal de alarma del organismo agredido. El dolor no guarda ninguna relación cuantitativa con la lesión tisular que lo provoca, pero alerta al paciente induciéndole a solicitar ayuda. Su duración es corta, bien localizado, se acompaña de ansiedad y de signos físicos autónomos (taquicardia, taquipnea , nauseas, sudoración, palidez).

Dolor crónico benigno

Es aquel que persiste mucho más tiempo que el tiempo de curación previsto, no habiéndose resuelto con los tratamientos efectuados. También se define como el dolor que dura más de 3 o 6 meses, aun habiéndose realizado los tratamientos adecuados. Se asocia con cambios de la personalidad y depresión (tristeza, insomnio, desesperanza...), convirtiéndose el dolor, no ya en un síntoma como es el caso del dolor agudo, sino en una enfermedad.

Dolor crónico maligno

Dolor producido en el paciente oncológico. Puede ser un dolor continuo y constante, si bien no es infrecuente que aparezcan periodos de agudización.

El dolor oncológico estará agravado por una serie de factores como el insomnio, fatiga, anorexia, miedo a la muerte, rabia, tristeza, depresión y aislamiento.

Dolor somático

Es un dolor que procede de estímulos somáticos superficiales o profundos que resulta de la activación de nociceptores y es transmitido por los nervios somáticos.

Dolor visceral

Es un dolor sordo, difuso y mal localizado, cuyo punto de partida son las vísceras huecas o parenquimatosas.

Dolor por desafrentación

Es el único dolor que no es producido por la estimulación de nociceptores periféricos y que puede resultar de una lesión del Sistema Nervioso Periférico o lesiones del propio Sistema Nervioso Central. Es un dolor que se percibe en forma de hiperalgesia, hiperestesia, disestesia y alodinia.

Dolor psicógeno

Es un dolor no orgánico, que surge por padecimientos de origen psíquico. Entre ellos, puede incluirse los que aparecen en la neurosis (histeria, estados obsesivos compulsivos, estados de ansiedad e hipocondrías) y en la psicosis (esquizofrenia en forma de alucinaciones y especialmente en los trastornos afectivos). No hay que olvidar, que el dolor psicógeno forma parte de los síndromes dolorosos crónicos que es real y precisa tratamiento específico por el psiquiatra.

## PERCEPCION DEL DOLOR

Existen múltiples factores que influyen en la percepción individual del dolor por ello los profesionales tenemos que ser sumamente conscientes de los factores que pueden estar influyendo en la persona en la que estamos valorando.

Actualmente, se considera que la relación entre dolor y lesión tisular no es uniforme y constante y que el dolor es un proceso elaborado y complejo propio de cada persona, variable en el tiempo y que puede aumentar o disminuir por diferentes motivos.

Los factores que pueden modificar la percepción del dolor según Twycroos en 1983 son los siguientes (2):

Factores que disminuyen el umbral:

Malestar.  
Insomnio.  
Fatiga.  
Ansiedad.  
Miedo.  
Enfado.  
Tristeza.  
Depresión.  
Aburrimiento.  
Introversión.  
Aislamiento mental.

Factores que aumentan el umbral:

Control de otros síntomas.  
Sueño.  
Reposo.  
Simpatía.  
Comprensión.  
Solidaridad.  
Distracción.  
Reducción de la ansiedad.  
Mejora del estado de ánimo.  
Analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos.

## COMUNICACIÓN DEL DOLOR

Existen múltiples factores psicológicos y físicos que modifican la percepción sensorial del dolor y su posterior expresión, unas veces amplificándola y otras veces disminuyéndola.

La descripción del dolor puede realizarse de diferentes formas, mediante la comunicación verbal y la no verbal.

## Comunicación verbal

Las formas más comunes de descripción del dolor residen en el uso del lenguaje, hablado o escrito. Es difícil comparar niveles de dolor expresados por distintas poblaciones de pacientes.

## Comunicación no verbal

Es menos propensa a la distorsión ya que es más automática que la comunicación verbal, lo que reduce su independencia de los procesos conscientes y de la mediación cognitiva. Este tipo de expresión incluye reacciones faciales, vocalizaciones paralingüísticas, movimientos del cuerpo o de los miembros, la actividad fisiológica visible y otros aspectos no verbales del discurso (o conversación), como el volumen o el timbre utilizado. Estas manifestaciones juegan un papel muy importante cuando el paciente no nos puede informar (como en el caso de bebés o personas con discapacidades cognitivas severas) y representa la única forma de expresión del dolor.

## EVALUACIÓN DEL DOLOR

La importancia de la evaluación del dolor la podemos describir básicamente en una frase:

Si no sabemos de donde partimos, no sabemos a donde llegamos.

Para una buena evaluación del dolor hay que tener en cuenta las siguientes características:

- Intensidad
- Frecuencia
- Duración
- Localización
- Factores atenuantes
- Factores agravantes
- Irradiación

Las respuestas ante el dolor son muy complejas. Estas respuestas pueden clasificarse en dos principalmente (7):

### Respuestas fisiológicas

Signos clínicos: Aumento de la Tensión Arterial , pulso y frecuencia respiratoria, sudoración ,midriasis, inquietud, alteración del humor.(9)

### Respuestas afectivas

El dolor, especialmente cuando es crónico puede acompañarse de una respuesta afectiva, como puede ser un cierto grado de depresión o ansiedad.

Para que los profesionales de la salud podamos valorar el dolor se han elaborado herramientas de medición del dolor. Estas herramientas son las escalas de valoración, subjetivas u objetivas. Los Tipos de Escalas son (6):

### ESCALAS SUBJETIVAS

- Escalas unidimensionales
- Escala verbal simple
- Escalas numéricas verbal;
- Escala analógica visual. EVA
- Escala de expresión facial
- Escalas multidimensionales:
- Cuestionario de Mcgill(10)

### ESCALAS OBJETIVAS

- Valoran los siguientes puntos:
- Expresión facial
- Movilidad
- Tensión muscular
- Postura corporal
- Presión arterial
- Frecuencia cardiaca

La utilización de escalas de valoración de dolor lleva implícita unas ventajas y unos inconvenientes que son los siguientes (9):

### Ventajas

- Pone valor objetivo a la experiencia dolorosa.
- Todos utilizamos el mismo lenguaje.
- Evitan sesgos derivados de nuestras creencias y percepciones.
- Permiten evaluar de forma continua el dolor.
- Uso sencillo. Útiles para todos los tipos de dolor.
- Se pueden aplicar a niños, adultos y ancianos independientemente del nivel cultural.

### Inconvenientes

Dificultad de utilización ocasional con ancianos debido a:  
Los trastornos de memoria ya que dificultan la recogida de información.  
Pueden tener disminuida la capacidad de abstracción. Habitualmente les duele en más de una zona.

» **Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

SOLUCIONES PARA UN BUEN CONTROL DEL DOLOR: TRATAMIENTO DEL DOLOR. EDUCACIÓN TERAPEUTICA DEL PACIENTE.

## TRATAMIENTO DEL DOLOR

Desde el punto de vista farmacológico, el tratamiento del dolor agudo y crónico se basa en los mismos principios. En ambos es aplicable la Escala Analgésica de la OMS (Organización Mundial de la Salud). No obstante, en algunos casos de dolor crónico se puede combinar el tratamiento farmacológico con otras estrategias no farmacológicas, tales como la psicoterapia, la terapia ocupacional o la rehabilitación (entre otras), con el propósito de mejorar la sintomatología, disminuir las limitaciones que pueda generar en el paciente, o para que éste aprenda a convivir con el dolor.

Una parte importante del tratamiento del dolor es determinar y eliminar, en lo posible, la posible causa. Aunque existen muchas formas de dolor, lo que más nos interesa desde el punto de vista terapéutico es conocer su cronicidad y su intensidad, ya que el tratamiento variará dependiendo de si se trata de un dolor agudo o crónico, o de lo intenso que éste sea.

### Escala analgésica de la OMS(7)

Para tratar el dolor se sigue un protocolo dictado por la OMS, que consiste en un tratamiento escalonado que comienza con la utilización de fármacos de potencia analgésica baja y termina con la administración de opiáceos potentes, este ascenso se produce de forma progresiva y preestablecida hasta conseguir el alivio del dolor.

#### ESCALÓN 1

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son los fármacos indicados en el tratamiento del dolor leve a moderado. Éstos se pueden combinar con fármacos coadyuvantes (sedantes, antidepresivos, etcétera).

#### ESCALÓN 2

Se debe utilizar cuando el dolor no cede tras efectuar una prueba con analgésicos del grupo de los AINEs. ,cuando la intensidad del dolor hace suponer que no va a responder a AINEs o cuando el dolor que se aliviaba con AINEs ha dejado de hacerlo.

En este escalón se utilizan los fármacos del grupo denominado opiáceos débiles. La elección clásica al inicio del tratamiento es la codeína, habitualmente asociada con un AINE ya que ambos fármacos se potencian

#### ESCALÓN 3

Cuando el dolor es muy intenso (como por ejemplo el que se asocia al cáncer) y no se controla con las medidas anteriores, está indicada la utilización de un opiáceo potente. La morfina es el fármaco de elección, debido a la amplia experiencia disponible y a la posibilidad de ser administrado por vía oral.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

BARRERAS QUE EXISTEN Y QUE IMPIDEN UN BUEN CONTROL DEL DOLOR.

Cuando se estudia el porque de un mal control del dolor nos encontramos ciertas barreras, unas implícitas al paciente y otras implícitas a los profesionales de la salud.

Las barreras implícitas a los pacientes van en relación con los factores moduladores del dolor y son (5):

Personalidad: Estado de ánimo, expectativas de la persona, que producen control de impulsos, ansiedad, miedo, enfado, frustración.

Momento o situación de la vida en la que se produce el dolor.

Relación con otras personas, como familiares, amigos y compañeros de trabajo. Sexo y edad.

Nivel cognitivo.

Dolores previos y aprendizaje de experiencias previas.

Nivel intelectual, cultura y educación.

Otro aspecto que influye es el ambiente: ciertos lugares (ejemplo: sitios ruidosos, iluminación intensa...), tienden a exacerbar algunos dolores (ejemplo: cefaleas).

Las barreras implícitas a los profesionales de la salud están ligadas a una analgesia insuficiente y la causa principal es la falta de conocimientos, actitudes incorrectas y déficit metodológicos (6). Dentro de estos tres conceptos podemos determinar cinco puntos, que en resumen son:

Creencia que algunos dolores son beneficiosos para el paciente

Falta de consideración del tratamiento del dolor como una prioridad asistencial

Tendencia del paciente en complacer al personal sanitario para no ser considerado quejita.

Infravaloración de la intensidad del dolor manifestado por el enfermo

Consideración de la analgesia total no es el fin del tratamiento antiálgicos.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

EDUCACIÓN TERAPEUTICA AL PACIENTE

La adecuada información del paciente es una de las formas más eficaces de tratar el dolor, en combinación con adecuados protocolos

analgésicos.

Es más efectiva la educación individualizada con un lenguaje sencillo. Para reforzar la información oral es importante que los pacientes reciban información escrita sobre la importancia del tratamiento del dolor, las diferentes formas de tratamiento y sus efectos adversos. Esto implicará un incremento de la confianza del paciente y disminución de los niveles de ansiedad.(9)

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Las enfermeras como personal de atención directa y en continuo contacto con el paciente tenemos que tener muy claros los puntos clave para un buen manejo del dolor y así poder contribuir a una atención de calidad. Estos puntos clave son:

Reconocer el derecho de los pacientes a ser asesorados sobre el dolor.

Evaluar al paciente.

La educación del paciente y su implicación en el cuidado es un componente central en la efectividad del manejo del dolor:

-La educación sobre el manejo del dolor proporciona al paciente información necesaria sobre éste.

-Reduce el estrés emocional y permite la participación del paciente.

Se debe asegurar la formación de los profesionales sobre el dolor y su manejo.

El manejo del dolor debe ser multimodal e individualizado.

El manejo también va a depender de las ventajas, desventajas, contraindicaciones y preferencias del paciente.

Deben incluirse tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas.