

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

INSTRUMENTO PARA VALORACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO POR ENFERMERÍA

Autor principal EDUARDO MESA FERNANDEZ

CoAutor 1 JOSEFA MORAL JIMÉNEZ

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

Palabras clave dolor crónico cuestionarios participación del paciente rol de la enfermera

» Resumen

El dolor crónico se define como experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración mayor de seis meses.

Valorar el dolor debe ser el paso inicial para la comprensión y consecución de los objetivos del paciente y así optimizar el manejo del dolor crónico. Para ello la enfermera debe de contar con un medio asequible a la hora de realizar una valoración inicial del dolor, en nuestro caso el cuestionario de McGill abreviado. A pesar de su fácil utilización la principal barrera con la que nos encontramos es la falta de tiempo para poder realizarlo por los profesionales o la falta de cooperación por parte del paciente de forma muchas veces subconsciente. Entre los instrumentos para la evaluación clínica del dolor podemos utilizar medidas de autorregistro del mismo haciendo así participe al paciente y a su cuidador principal en el

» 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?

El dolor ha estado ligado desde siempre a la historia de la humanidad, sin embargo la actitud humana ante el dolor así como su interpretación han ido cambiando a lo largo de los tiempos. Aliviar el sufrimiento ha sido y sigue siendo un reto para la Medicina, pero a pesar de los avances médicos conseguidos, el debate sobre el tratamiento del dolor aún no está resuelto.

Se estima que el dolor crónico supone un coste económico para la Sanidad Pública superior a los 3.000 millones de euros al año. El dolor es el síntoma más frecuente de consulta médica. En España, 4,5 millones de personas (11% de la población) sufren dolor crónico y ven afectada seriamente su calidad de vida.

Todos estos datos ponen de manifiesto la necesidad de disponer de los medios necesarios para poder optimizar el manejo del dolor crónico en España. El enfoque terapéutico del paciente con dolor crónico debe ser multidisciplinar y personalizado, y además se debe implicar de forma activa al paciente en el control y seguimiento de su enfermedad

La sensación de dolor es completamente subjetiva. Se han desarrollado numerosas investigaciones para desarrollar instrumentos de valoración

» 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?

El dolor es una experiencia multidimensional que abarca la evaluación de numerosos dominios, incluidas dimensiones fisiológicas, sensoriales, afectivas, cognoscitivas, del comportamiento y socioculturales (McGuire, 1992).

La incidencia del dolor crónico es muy elevada, ya que aproximadamente un tercio de la población de los países industrializados padece algún tipo de dolor; y entre la mitad y los dos tercios de estos pacientes se hallan parcial o totalmente incapacitados para el desempeño de sus labores habituales debido al dolor que padecen (Bonica, 1979).

Según datos del estudio Pain in Europe, uno de cada cinco europeos sufre dolor crónico (en España, las estimaciones apuntan hacia una prevalencia aún mayor, con afectación del 25 al 40% de la población).

La reacción al dolor es diferente en cada individuo y depende en gran medida del estado físico y/o emocional en el que es percibido, incluso la reacción individual frente al dolor puede depender de características culturales.

La valoración del dolor debe ser el paso inicial para la comprensión y consecución de los objetivos del paciente, pero lamentablemente este paso

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

La enfermera debe saber valorar a sus pacientes con dolor, así como adoptar tratamientos paliativos no invasivos que lo mejoren y la administración de los tratamientos médicos prescritos. Es por ello que la enfermera tiene dos funciones claras en el tratamiento del dolor, su función independiente de valoración, planificación y administración de un tratamiento de enfermería consistente fundamentalmente en técnicas no invasivas de control de dolor, y una función interdependiente con el médico, ambas encaminadas a calmar el dolor o a erradicar la causa física que lo produce.

Se define como dolor crónico aquel que tiene una duración de seis meses o más, o se convierte en algo constante en la vida del paciente.

En la valoración del paciente con dolor, habrá que tener en cuenta:

1. Datos subjetivos:

- Datos socioculturales.
- Historia del patrón del dolor desde el comienzo.
- Factores que aumentan o disminuyen el dolor.
- Significado del dolor para la persona.
- Efecto del dolor del paciente en sus familiares y amigos.
- Medidas usadas anteriormente para el alivio del dolor.

2. Datos objetivos:

- Padecimiento que origina el dolor (enfermedad, pruebas funcionales).
- Tratamiento específico contra el dolor.
- Situación fisiológica del paciente.
- Situación psíquica del paciente.

- Escalas de medidas de intensidad del dolor.
- Test multidimensionales.
- Métodos conductuales.
- Métodos fisiológicos.

El cuestionario de McGill es el más conocido, sin embargo es largo y complejo, muy apropiado para la investigación pero poco apropiado para el uso clínico general.

Recientemente se ha desarrollado la forma abreviada del citado cuestionario mucho más manejable en la práctica clínica. En cualquier caso, todos los estudios coinciden en que es necesario un instrumento de valoración inicial del dolor y un registro de valoración continuada. Nosotros nos basamos como instrumento de valoración inicial del dolor en el cuestionario de McGill abreviado. Este cuestionario comprende diez secciones que nos permiten obtener la información necesaria para enfocar adecuadamente un plan de cuidados. La información debe de obtenerse directamente del paciente siempre que se pueda, sino la proporciona la familia debe de quedar anotado puesto que esta información no es tan fiable. Las secciones de que consta son:

1. Localización del dolor. Utilizando las figuras de frente, espalda y perfil se le pide al paciente que ponga una marca allí donde le duele.
2. Intensidad del dolor. En una escala de 0 a 10 se le pide al paciente que nos diga que número daría al dolor más intenso que siente y al menos intenso.
3. Calidad del dolor. Se le pide al paciente que describa su dolor y lo clasificamos en una de las 15 descripciones que incluye el formato: pulsátil, agudo, fijo y continuo
4. Inicio, duración, variaciones y ritmos. Informarse de cuánto tiempo hace que el paciente sufre ese dolor, si ha variado de intensidad, si es más frecuente en alguna hora del día, etc.
5. Manera de expresar el dolor. No solo la comunicación oral, sino las expresiones faciales, posturales, etc.
6. Alivio del dolor. Investigar qué métodos específicos para alivio del dolor han utilizado en casa, si han sido efectivos, y si es así intentar incluirlos en el plan de cuidados que se lleve a cabo.
7. Causa e incremento del dolor. Investigar qué actividades o movimientos originan o empeoran el dolor, para así poder planificar cuidados de modo que se eviten estos incrementos.
8. Efectos del dolor. Investigar la extensión de la interferencia en su vida diaria. Preguntarle si le impide realizar actividades laborales y de ocio, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades de la vida diaria o todo tipo de actividad. Investigar si le impide dormir o si el dolor le despierta por las noches.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Por parte de enfermería la no utilización de instrumentos de valoración inicial del dolor y el posterior registro de valoración continuada por falta de tiempo para la realización de los mismos, y por parte del paciente la minimización de la expresión dolorosa condicionada en ocasiones por razones como la de evitar ser clasificado como quejica, intentar ser un buen paciente, agotamiento, etc.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Estimular al paciente y su cuidador principal para que desarrollen procedimientos de autorregistro del dolor. Durante varios días sucesivos, el paciente anota en una hoja de registro las características del fenómeno a tratar, inmediatamente o poco después de que éste haya ocurrido. Esto tiene de por sí carácter terapéutico, ya que se ha comprobado que el hecho de observar y registrar la propia conducta supone cambios en el

» Propuestas de líneas de investigación.

Las próximas actuaciones deberían investigar la evaluación del dolor en la población vulnerable (niños, personas de edad avanzada, pacientes con trastornos mentales, etc.) validando escalas adaptadas a estos tipos de pacientes.

» Bibliografía.

1. Bonica J, Loeser JD. Medical evaluation of the patient with pain in: Bonica J, ed. pain. Washington, Livingstone 1996; 563-579.
2. Beverly Witter Du Gas, Rosa Luna Gámez. Tratado de enfermería práctica. 4.edición. Mexico: Interamericana; 1986.
3. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. 2003-2004. MMIII North American Nursing Diagnosis Association. ISBN edición española (84-8174-706-8). Elsevier España SA.