

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR CRÓNICO COMO MECANISMO DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Autor principal JAVIER SAN BARTOLOMÉ GUTIÉRREZ

CoAutor 1

CoAutor 2

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

Palabras clave dolor crónico oncología psicología estrategias

» Resumen

El dolor en los pacientes oncológicos es un serio problema de salud mundial. Avanzando más allá del tratamiento farmacológico se necesita escuchar las vivencias existenciales del paciente y su forma de afrontar el dolor crónico. **Objetivo:** Consiste en evaluar la intensidad de dolor crónico en el paciente oncológico, así como valorar sus estrategias de afrontamiento ante dicho dolor y su influencia. **Material y Métodos:** Con una muestra de 103 pacientes oncológicos que han padecido o padecen dolor crónico durante su ingreso en la unidad de Oncología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Rellenaron el cuestionario CAD al inicio del ingreso. Posteriormente se realizaron mediciones del dolor los lunes, miércoles y viernes a través del EVA. **Resultados y Discusión:** Los más jóvenes, refieren una media de intensidad de dolor más alta que los pacientes de mayor edad, y utilizan las estrategias de afrontamiento de búsqueda de información y autoafirmación. La puntuación media en mujeres es superior a la de hombres, empleando más las estrategias de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento que más utilizan los pacientes con cáncer son la autoafirmación, la religión y la búsqueda de información. En cambio, la que menos es la distracción. Los enfermos oncológicos utilizan todas las estrategias de afrontamiento, en menor o mayor grado y en función de la intensidad de dolor crónico. No se ha

» 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?

La Asociación Internacional de Estudio del Dolor (IASP) (1978) la define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión histórica, presente o potencial, o descrita en términos de la misma. El dolor siempre es subjetivo. Es uno de los síntomas más frecuentes en pacientes oncológicos y constituye la consecuencia más temida de cáncer. Está presente en el 25% de los pacientes en el momento del diagnóstico, que se incrementa a un 75-80% en la fase avanzada. La incidencia, es variable en relación con el tipo de tumor; el 85% de los tumores óseos primarios presentan dolor, el 52% en los de cáncer de mama y sólo un 5% de los pacientes con leucemia. Según la OMS, del 30% al 50% de los que experimentan dolor, es principalmente por la falta de disponibilidad de analgésicos opioides, o su mala administración. El dolor oncológico es debido al efecto directo del tumor (70%), a la aplicación de tratamientos para erradicar el tumor (20%) como cirugía, quimioterapia o radioterapia y, en ocasiones, es independiente del tumor, como una neuralgia postherpética.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, longitudinal, prospectivo, con un muestreo no probabilístico accidental consecutivo (Enero, Febrero y Marzo del 2012).

Criterios de inclusión: Pacientes ingresados en el Servicio de Oncología del Hospital Universitario de Salamanca, que hayan presentado dolor a lo largo del proceso, mayores de 18 años, sin deterioro cognitivo y firmar la autorización para su participación voluntaria en el estudio. **Muestra:** 103 pacientes oncológicos ingresados en la unidad de Oncología de dicho Hospital.

Brown y Nicasio dividieron las estrategias en adaptativas o activas (el sujeto intenta controlar el dolor mediante la relajación o el uso de cogniciones) asociado a menos dolor, menos depresión, menos deterioro funcional, y en general mayor autoeficacia, y en no adaptativas o pasivas (el sujeto cede la responsabilidad a medios externos como el médico o la medicación) a mayor depresión, mayor dolor y mayor deterioro funcional, y en general más bajos de autoeficacia. Las españolas Soriano y Monsalve, empleando el CAD-R, mostraron que las estrategias más adaptativas resultan ser distracción, autoafirmación y búsqueda de información. Sin embargo en sus estudios percibieron, que el dolor del paciente era más como una amenaza, que como un desafío mostrando además una baja autoeficacia y control sobre su dolor, siendo las tres estrategias de afrontamiento más utilizadas para hacer frente al dolor la autoafirmación, la búsqueda de información y la religión, coincidiendo

» 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?

Realizada la valoración del paciente con dolor oncológico, nos debemos centrar en aportar el mejor plan terapéutico: Tratar la causa del dolor, instaurar el tratamiento lo antes posible para evitar sufrimiento (Escala Analgésica) y utilizar las diferentes posibilidades terapéuticas existentes para conseguir el control más adecuado.

Variables estudiadas: edad, sexo (Entrevista), diagnóstico, tipología de metástasis, capacidad funcional, estrategias de afrontamiento, intensidad del dolor, tratamiento analgésico y medicamentos coadyuvantes (Historia clínica).

La escala visual analógica (EVA), se realizó los lunes, miércoles y viernes, señalando en una línea no numérica el nivel de intensidad de dolor que tiene en ese momento.

El cuestionario de afrontamiento del dolor crónico (CAD), una sola vez al principio del ingreso y la escala de ECOG, para la capacidad funcional del paciente in situ.

Las variables cuantitativas que seguían una distribución normal fueron definidas por media, desviación típica e intervalo de valores. En cambio, las variables discretas fueron definidas por el número de casos y el porcentaje. Para evaluar si una variable seguía una distribución normal, se comprobó que presentaba una curva equivalente a la campana de Gauss y se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$), una condición indispensable para la distribución de normalidad de las poblaciones a comparar.

La comparación de variables cuantitativas con cualitativas se realizó mediante el test de Mann-Whitney para contrastar estadísticamente la presencia de diferencias entre medias ya que las variables cuantitativas no seguían una distribución gaussiana o normal. En cuanto al análisis de dos variables cualitativas (Intensidad de dolor y ECOG), se utilizó el test de Spearman para determinar si existe asociación o no entre dichas variables. Durante el análisis estadístico se consideraron como valores significativos de $p < 0,05$, establecido al principio del estudio. El procesado

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

De la muestra recogida de 103 pacientes, 53 son hombres (51,46%) y 50 son mujeres (48,54 %). Los rangos por edades están divididos en grupos: 4 pacientes (3,9 %) entre 18 y 38 años, 29 pacientes (28,2%) entre los 39-58 años, 59 pacientes (57,3 %) entre los 59-78 años y 11 pacientes (10,7 %) entre los 79-98 años. Padedieron un dolor leve (59,2 %), seguido de pacientes sin dolor (26,2 %) y dolor moderado (11,7 %) frente a un dolor severo en un menor porcentaje (2,9 %). Lo que quiere decir que la gran mayoría con un porcentaje alto refiere poco dolor o sin dolor y, por tanto, presentaban un buen control del dolor.

Al comparar la media por rangos de edad, los rangos de edad 18-38 y 39-58 años refieren tener una media de intensidad de dolor crónico de 1 frente a grupos más adultos (Rango 79-98 años) de una media de 0,64. Posiblemente hay que considerar que la relación entre la percepción del dolor y la edad sea compleja, como sugieren algunos autores, por lo que sería necesario valorar cada una de las variables que influirían en la percepción subjetiva de dolor del sujeto.

Variable sexo: la media de intensidad de dolor es mayor en mujeres (M: 0,98; SD: 0,714) que en hombres (M: 0,85; SD: 0,690). Las variaciones de la percepción del dolor según el sexo vienen dadas más por factores sensoriales que por factores emocionales o actitudinales.

En el cálculo de medias de cada ítem del CAD podemos afirmar que la autoafirmación y la religión son las estrategias que más utilizan dichos pacientes (de orden decreciente). La distracción constituye la estrategia que menos utilizan, a excepción del ítem Busco algo en qué pensar para distraerme que supera la media.

Las 6 estrategias de afrontamiento según orden de utilización decreciente son: autoafirmación, religión, búsqueda de información, catarsis, autocontrol mental y distracción.

Si analizamos las medias, el grupo 18 a 38 años utilizan más las estrategias de búsqueda de información y autoafirmación (orden decreciente); autocontrol mental la estrategia que menos utilizan. En el grupo de 39 a 58 años, las más utilizadas son la autoafirmación y la búsqueda de información (orden decreciente) siendo la distracción y el autocontrol mental (orden decreciente) las menos utilizadas. En cuanto al grupo de edad de 59 a 78 años, las estrategias más empleadas son la autoafirmación y la religión (orden decreciente) frente a la menos empleada que es la distracción. Por último el grupo de edad de 79 a 98 años las más empleadas son la religión y la autoafirmación (orden decreciente) siendo la distracción la menos empleada. Estos resultados son distintos a los obtenidos en otros estudios. No se encontraron diferencias significativas.

En el análisis descriptivo de las medias de las estrategias de afrontamiento en el sexo masculino y femenino se observa que la media es superior en todas las estrategias de afrontamiento en el sexo femenino que en el masculino, aunque no hay diferencias significativas.

Para verificar el ajuste de la variable intensidad de dolor (EVA) a una distribución de probabilidad se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. No seguía una distribución normal. Por esta razón se empleó la prueba de Mann-Whitney. En este análisis, los pacientes que no refieren dolor o presentan un dolor leve, estadísticamente existen diferencias significativas en las estrategias de distracción con la utilización de un pasatiempo cuando tienen dolor y en la estrategia autoafirmación de procurar contener el dolor y que no se les note. En este sentido, los pacientes que no refieren dolor (pero que en algún momento de su ciclo de enfermedad si lo presentaron), procuran distraerse con pasatiempos. En cambio, los pacientes con dolor leve dicen que procuran contener y aguantar el dolor para que no se les note.

Pacientes que no presentan dolor pero que sí en alguna etapa de su enfermedad han presentado dolor crónico, en comparación con pacientes con dolor moderado, no representan diferenciación significativa en las estrategias de afrontamiento pero sí en la estrategia Cuando tengo dolor pienso en otra cosa. A modo de reflexión, los enfermos con cáncer que manifestaron dolor moderado ejercen su desviación de atención pensando en otra cosa. En cambio, pacientes que no manifestaron dolor en ese momento utilizaron en menor medida dicha estrategia. Posiblemente, los pacientes que no referían dolor utilizaron estrategias que emplearían en algún momento de su enfermedad con cierto grado de dolor.

El uso de otras estrategias de afrontamiento como el rezo vinculado a mitigar el dolor, el apoyo emocional en otras personas y el ser fuerte en no expresar su dolor a los demás, resultan ser una herramienta efectiva en el control del dolor moderado.

En subgrupos de sin dolor y dolor severo, la estrategia Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras representa diferencias significativas. Las técnicas cognitivas de imaginación tienen la peculiaridad de modificar el contexto en que es percibido ese dolor y no luchar contra ese dolor. Probablemente ante una situación de dolor intenso, hace que el enfermo (por su intensidad de dolor), al intentar imaginar situaciones agradables, impida cambiar su contexto pensativo.

En subgrupos de dolor leve y dolor moderado, se pudo constatar plenamente que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la estrategia Rezo para que mis dolores desaparezcan; esto hace que su empleo nos lleve a pensar que probablemente va a depender del nivel de intensidad leve-moderado. Su empleo se fija más en el dolor moderado.

Por último en subgrupos de dolor leve y dolor severo, la evidencia significativa se encuentra en las estrategias de Cuando tengo dolor imagino

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

* El dolor: Hace referencia a la subjetividad del paciente, que dependiendo de diversos factores puede variar a lo largo del tiempo y, por tanto, difícil de medir. La escala visual analógica permite una determinación consistente en esa subjetividad, luego nos ayuda a observar cómo evoluciona la intensidad de dolor en el paciente con cáncer.

* Las limitaciones físicas y la preocupación, ansiedad y sobrecarga emocional del paciente ante los tratamientos o ante la evolución de la enfermedad.

* El tratamiento farmacológico actual (Escala analgésica de la OMS) empleándose de manera secuencial el uso de analgésicos, lo que permite esta estrategia global una flexibilidad considerable en la elección de fármacos específicos. Un buen control del dolor en el paciente permite más fácil que realice las actividades de la vida cotidiana pero más difícil el planteamiento de realizar estrategias de afrontamiento porque apenas existe dolor o simplemente no lo tienen.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Constituyen las estrategias de afrontamiento el eje fundamental para poder controlar y manejar de forma efectiva la intensidad del dolor crónico. El rol que desempeña el paciente y de la familia es fundamental para el aprendizaje y el desarrollo de habilidades, lo cual le proporcionará al paciente la oportunidad de afrontar el dolor de una manera más afectiva

» Propuestas de líneas de investigación.

Sería importante realizar en futuras investigaciones estudios longitudinales en el que se analice, si conforme aumenta o disminuya el dolor crónico oncológico, varíe la selección de la estrategia de afrontamiento a emplear

» Bibliografía.

- Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2002; 9(1):13-22
- Ramírez Maestre C. Las características personales en la experiencia de dolor y en el proceso de afrontamiento. Escritos de psicología. 2002;