

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

MANEJO DEL DOLOR Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autor principal ALEJANDRO ALONSO GÁMEZ

CoAutor 1 CRISTINA MAYORAL TALAVERA

CoAutor 2

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

Palabras clave Dolor Cuidados Enfermería Salud

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

El fenómeno doloroso, algo tan antiguo como la propia humanidad, es una de las principales causas por la que los usuarios acuden al sistema sanitario, no obstante el dolor generalmente no es bien evaluado ni tratado.

Por otro lado tenemos a los profesionales de enfermería como la cara más visible y cercana al paciente, por ello se plantea la realización de un estudio sobre la utilización y conocimientos de los analgésicos y su influencia en la seguridad del paciente, entendida esta como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

En los últimos años han aflorado en la comunidad científica numerosas técnicas y fármacos para disminuir o eliminar el dolor, no obstante la preocupación por el dolor no es algo nuevo ya que desde el inicio de las primeras civilizaciones se ha tratado este tema; Al igual que el concepto de salud-enfermedad ha sufrido numerosas modificaciones, la concepción del dolor también ha cambiado con el avance de las civilizaciones. Así, el dolor ha sido concebido como una posesión mágico-religiosa, un castigo divino, un fenómeno influenciado por los Dioses y los difuntos, como un sinónimo de la muerte, como algo inherente a la vida y como un elemento purificador del alma hasta llegar a la multidimensionalidad que actualmente ocupa.

En cuanto a su tratamiento a lo largo de la historia tenemos conocimiento de que las hojas de coca ya se utilizaban hace más de 2.500 años para reducir el dolor. Grandes avances en la medicina ayudaron al cambio de concepción del fenómeno del dolor como lo fueron, las aportaciones de Aristóteles, Galeno y Descartes sobre la fisiología del dolor, el descubrimiento de la anestesia por Morton, la síntesis del ácido-acetil-salicílico por Gerhardt, entre otras.

Por tanto podemos afirmar que el dolor es algo inherente al ser humano ya que desde que éste existe le ha acompañado en su largo caminar por la evolución de los tiempos, sin embargo, no será hasta finales del siglo XIX y durante el siglo XX cuando se produzcan los grandes avances en farmacología destinados al alivio del dolor. Regresando a nuestros días, actualmente el dolor es concebido por la comunidad científica como una experiencia desagradable, multidimensional y subjetiva que está estrechamente influido por la forma en que cada uno lo vive y por las creencias que se tengan sobre el mismo. En la percepción del dolor también influyen las vivencias dolorosas previas de la persona, así como la ansiedad y el componente afectivo que presenta el paciente. En medicina el dolor llega a ser considerado como la 5ª constante vital.

No obstante la sensación dolorosa suele ser infravalorada o incorrectamente tratada. Así, el 15%-25% de los adultos sufren de dolor crónico en un momento dado, una cifra que aumenta al 50% en los mayores de 65 años.

Tanto la infravaloración del dolor, como la inadecuación de su tratamiento son de origen multifactorial, siendo los problemas más destacados la falta de formación y de información del profesional sanitario; el desconocimiento sobre una utilización de fármacos segura, efectiva y eficiente; la falta de precisión, adecuación y utilización de los métodos de evaluación del dolor; las normas para el uso de estupefacientes; y el componente cultural subyacente a las actitudes y sistemas de afrontamiento del dolor. Otros factores están relacionados con la dificultad en la verbalización del dolor por parte del paciente y la comunicación entre la persona atendida y el profesional sanitario.

Desde la perspectiva terapéutica, en el año 1986 la OMS propone la teoría de la escalera analgésica con objeto de proporcionar unas pautas terapéuticas para el control del dolor por cáncer, especialmente para su aplicación en los países subdesarrollados. No obstante, el modelo de la escalera analgésica no tardó en aplicarse en todos los países y para todos los tipos de dolor.

El modelo necesitaba ser revisado y años más tarde Torres, Calderón y Pernia (2002) plantean que: La situación actual del tratamiento del dolor, los avances en el conocimiento de su fisiopatología, su evaluación continuada y la aparición de nuevos fármacos y nueva tecnología, hacen que el seguimiento de la escalera analgésica de la OMS se convierta en una barrera y un retraso para el adecuado tratamiento de muchos cuadros dolorosos, al obligar al paciente a recorrer unos escalones farmacológicos hasta llegar a encontrar el fármaco más adecuado para su dolor.

La teoría de la escalera empezaba a flaquear siendo sustituida paulatinamente por la teoría del ascensor analgésico que es propuesta en este mismo año por el doctor Luis Miguel Torres. El ascensor analgésico nos brinda la selección analgésica inmediata y es facilitada por la evaluación continuada del dolor.

Hipótesis:

Obtener información para el diagnóstico situacional sobre utilización de analgésicos y nivel de conocimientos en terapéutica del dolor por el personal de enfermería de distintas unidades clínicas del Hospital Universitario Puerta del Mar y su influencia en la seguridad del paciente.

Objetivos:

-Obtener información sobre la utilización de analgésicos por el personal de enfermería de distintas unidades clínicas del hospital Universitario

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Se ha diseñado un estudio piloto de carácter descriptivo transversal a partir de un cuestionario de opinión y de evaluación de conocimientos, que consta de 20 preguntas abiertas y cerradas. El cuestionario ha sido administrado a 26 profesionales de enfermería del Hospital Universitario de Puerta del Mar, asignados a alguna de las 5 unidades asistenciales en las que el control y tratamiento del dolor constituye una de sus actividades habituales para evitar el sufrimiento y mejorar la seguridad del paciente. Estas unidades fueron: Unidad del Dolor, URP, Oncología, Cirugía y Unidad de Cuidados Paliativos.

El cuestionario fue administrado aleatoriamente en los turnos de mañana, tarde o noche de forma alternante.

Las variables objeto de estudio son las siguientes:

-De opinión: Creencias sobre el nivel de dolor del paciente, existencia de Opiofobia ,Opioide más eficaz en el tratamiento del dolor agudo y crónico, analgésico no opioide más eficaz en el tratamiento del dolor agudo y crónico, uso de placebos, valoración del dolor, tipo de dolor más prevalente en la unidad, utilización de coadyuvantes, conocimiento sobre coadyuvantes analgésicos, vía de administración utilizada con más frecuencia en el tratamiento del dolor: agudo y crónico, utilización analgésico/opioide en el dolor agudo/crónico.

-De conocimiento: Conocimiento del concepto de ascensor analgésico, conocimiento del concepto de escalera analgésica, efectos indeseables opiáceos.

Limitaciones del estudio:

-No permite establecer relaciones causales entre variables

-No permite por tanto el cálculo real de la incidencia

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Resultados del estudio piloto:

En total han participado 26 profesionales, 7 (27 %) hombres y 19 (73 %) mujeres. Destacar que el estudio piloto no nos permite ni aceptar ni refutar las hipótesis debido a que el tamaño muestral es insuficiente.

El porcentaje que representa sobre el total de profesionales encuestados (26) de cada una de las unidades es: Unidad de Dolor y URP: 38,46%; Unidad de Oncología: 7,69%; Unidad de Cuidados Paliativos: 11,53%; y Unidad de Cirugía: 42,30%.

En lo que se refiere al tipo de dolor más frecuentemente tratado e identificado de acuerdo con la opinión del personal de enfermería de las unidades antes citadas podemos afirmar que en la unidad de dolor y en la URP los tipos de dolor tratados con mayor frecuencia son el dolor postquirúrgico, el dolor neuropático y el dolor oncológico, en la unidad de paliativos como en la de oncología es el neoplásico junto con el neuropático en oncología y por último en la unidad de cirugía el dolor postquirúrgico.

El tipo de dolor más reconocido por la unidad de cirugía es el postquirúrgico representando un porcentaje del 42,3% sobre el total. En la unidad de dolor y URP han sido reconocidos los siguientes tipos de dolor: postquirúrgico, neuropático, neoplásico, muscular y Osteoarticular (30,76%), postquirúrgico, neuropático y neoplásico (7,69%). En la unidad de paliativos el dolor neoplásico es el más identificado (11,53%), mientras que en la unidad de oncología lo son el dolor neuropático y el dolor neoplásico (7,69%). Mencionar que existe unanimidad en la respuesta a este ítem entre todos los profesionales de la misma unidad encuestados excepto en 2 profesionales de la URP que no reconocen el dolor muscular y Osteoarticular.

En lo que se refiere al uso de placebo, del total de enfermeros encuestados un 63 % refiere haberlo utilizado alguna vez y un 37 % haberlo usado rara vez o nunca. Destacar que el 100% de los encuestados de la unidad de oncología y paliativos refiere no haber utilizado placebo.

Los profesionales de la unidad de dolor y URP junto con los de la unidad de oncología son los que mayor conocimiento tienen sobre las teorías antes mencionadas de la escalera y del ascensor en detrimento de los profesionales de la unidad de cirugía. Destacar que también son muchos menos los profesionales de la unidad de oncología entrevistados que los de la unidad de cirugía. También cabe mencionar que todo sujeto entrevistado que conoce el ascensor analgésico también conoce la escalera analgésica.

En lo que se refiere al uso de escalas para valorar la intensidad del dolor los se puede apreciar que en la unidad de dolor y en la URP todos los profesionales utilizan escalas para valorar el síntoma, mientras que en la unidad de cirugía el dolor no es suficientemente valorado. Destacar que todos los profesionales que contestan afirmativamente a esta pregunta dicen utilizar la escala visual analógica (EVA). Hay que mencionar que no diferenciamos entre URP y unidad de dolor ya que los profesionales de ambas unidades van rotando entre ambos servicios.

De todos los profesionales sanitarios encuestados solo uno refiere tener miedo al uso de la morfina frente a 25 que no manifiestan tener miedo en el uso de la misma.

De los efectos indeseables de la morfina los más destacados por los profesionales incluidos en el estudio son:

1. Náuseas
2. Somnolencia
3. Estreñimiento
4. Tolerancia

En lo que se refiere a las vías de administración de analgésicos obtenemos casi unanimidad con los siguientes resultados en el orden en el cual aparecen para el dolor agudo: intravenosa, oral y subcutánea, respectivamente. Mientras que para el dolor crónico, la vía más utilizada es la oral, seguida de la transdérmica e intravenosa.

En la cuestión en la que preguntamos por el caso hipotético de la actuación a realizar bajo la creencia de que un paciente exagerase en el nivel de dolor, 22 de los encuestados (84,61%) responden que administraría la dosis de analgésico correspondiente al nivel de dolor expresado. Solo un encuestado (3,84%) responde que disminuiría la dosis de analgésico y 3 encuestados (11,54%) han respondido que lo consultarían con el facultativo.

En la unidad de dolor y en la URP los fármacos más usados como coadyuvantes son los antidepresivos no obstante en la unidad de cirugía se refiere un uso mayoritario de dexketoprofeno trometamol (Enantyum®) y metamizol (Nolotil®) como coadyuvantes, fármacos que no son considerados como tal, ya que ambos pertenecen al grupo de los AINE.

Por último expondremos la opinión de los profesionales sobre el manejo del dolor crónico y agudo preguntándoles que opioide y que analgésico le

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

La enfermería como ciencia encargada de los cuidados tiene un papel fundamental en velar por la seguridad del paciente, para ello el conocimiento sobre el dolor y los analgésicos resulta algo de suma importancia, estableciéndose una relación causal entre una mayor seguridad del usuario objeto de nuestro cuidado y los conocimientos del cuidador sobre la experiencia dolorosa vivida por el paciente y los medios a nuestro alcance para poder mitigarla. por tanto podemos decir que existe una relación directa entre la seguridad del paciente y los conocimientos sobre el

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Se abre una gran puerta ya que las futuras líneas de investigación en el tema del manejo del dolor son muy amplias debido a la fuerte implicación del dolor en una sociedad avanzada y acomodada donde este no tiene cabida. Unas propuestas de investigación podrían ser:

Relacionar manejo psicosocial del dolor con seguridad del paciente.

Influencias del fenómeno doloroso en la calidad de vida del paciente y familia.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1.Aoñin Soulie C, Briceño-Iragorry L. (2010): El dolor en la historia. Colección Razetti. Volumen X. Caracas: Editorial Ateproca; p.163-224.
- 2.Cano J. M, de Juan S. (2006): Valoración del dolor: quinta constante vital. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.13 nº6.
- 3.Palanca Sánchez I, Puig Riera de Coniás MM, Elola Somoza J, Bernal Sobrino JL, Paniagua Caparrós JL. (2011): Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 17-23
- 4.Kathleen M. (2006): evaluación de la escalera de la OMS analgésica en su 20º aniversario. Cáncer pain release vol. 19 nº1.
- 5.Torres LM, Calderón E, Pernia A. (2002): De la escalera al ascensor. Rev. Soc. Esp. Dolor; Vol.9 nº5.
- 6.Ruiz S, Gálvez R, Romero J. (2008) :¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS? Rev. Soc. Esp. Dolor vol. 15 nº1.
- 7.Ibarra E. (2006): Una Nueva Definición de "Dolor": Un Imperativo de Nuestros Días. Revista de la Sociedad Española del dolor; vol.13: 65-72.
- 8.TIMONEDA, F. (1995): Definición y clasificación del dolor. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/view/CLUR9596110049A>.
- 9.Nurses Association of Ontario. (2002): Nursing best practice guideline shaping the future of nursing. Assessment and Management of Pain.

