

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"

CONTROL DEL DOLOR EN PERSONAS MAYORES PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

Autor principal MARIA DOLORES PUERTA ORDOÑEZ

CoAutor 1 VERONICA PEREZ MUÑOZ

CoAutor 2 MARIA DEL CARMEN ANGUIA RUBIO

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

Palabras clave actividades de enfermería causalgia calidad de vida escala EVA

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

La población geriátrica representa el grupo de mayor crecimiento, siendo, la que mayor asistencia sanitaria precisa. El dolor es un problema universal que tiene especial importancia y prevalencia en el anciano, ya que se asocia a enfermedades crónicas que aumentan con la edad. Está presente en el transcurso de la vida del individuo, afecta a la calidad de vida de las personas afectadas y de quienes las cuidan, por lo que puede provocar alteraciones psicoemocionales, sociales y económicas importantes. Siendo así, consecuencias del dolor: depresión causada por una disminución de la socialización, alteración del sueño, alteración de la deambulación, entre otras.

Se trata de un estudio prospectivo, desarrollado en el centro de salud. Se va a realizar en personas mayores que dispongan de cuidadores principales, los cuales una vez que el paciente acuda al centro de salud por dolor se le pasará la escala del dolor, y una vez realizada esta, se le enseñarán intervenciones de enfermería al paciente y al cuidador principal para reducir y prevenir el dolor.

Siendo el objetivo de nuestro estudio, mejorar la calidad de vida de las personas mayores, mediante la educación sanitaria que vamos a ofrecer a los cuidadores principales, para controlar adecuadamente y prevenir el dolor en estos.

Concluyendo que, tras el abordaje interdisciplinar del dolor en los pacientes, este disminuye y con ello sus efectos secundarios, mejorando así la calidad de vida de nuestros pacientes.

» **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.**

La población geriátrica representa el grupo humano de mayor crecimiento en el ámbito mundial, siendo además la que precisa de mayor asistencia sanitaria. El dolor es un problema universal que tiene especial importancia y prevalencia en el anciano ya que se asocia a enfermedades crónicas que aumentan con la edad. Entre un 50-80% de la población mayor de 65 años presenta dolor. El dolor, en el anciano, es una experiencia agotadora, unida a un sufrimiento psicológico con síntomas de ansiedad y depresión que condicionan y aumentan la percepción dolorosa. A pesar de ello un gran número de pacientes, no recibe el tratamiento adecuado. El tratamiento de este se basa en la escalera analgésica de la OMS: AINEs, opiáceos, medicación coadyuvante (antidepresivos, anticonvulsivantes, etc.) y apoyo psicológico, punto este muy importante puesto que el dolor y depresión son síntomas que se asocian y se solapan con gran frecuencia, siendo muy difícil diferenciar un síntoma de otro, condicionando no sólo el tipo de tratamiento sino también sus resultados¹.

Estos pacientes requieren especial precaución en el manejo analgésico con fármacos por su especial sensibilidad, entre otras circunstancias. Por otra parte, la inactividad e inmovilidad son una causa frecuente de discapacidad y contribuyen a la depresión e incremento del dolor.

Los orígenes del dolor son múltiples, pero están configurados como entidades que interaccionan fácilmente entre sí. La pluripatología es la causa más frecuente de problemas, junto con la cronicidad de los procesos y toda constelación de situaciones con repercusión social que rodea al anciano, con aspectos a veces complejos, difíciles de averiguar y, por supuesto, de resolver.

El dolor es la primera causa de visita o la primera petición². Este es una experiencia sensorial y emocional compleja que se asocia a daño tisular presente o potencial (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor -1986-). Está presente de forma universal en el transcurso de la vida del individuo, afecta a la calidad de vida de las personas y de quienes las cuidan, y puede provocar consecuencias psicoemocionales, sociales y económicas importantes. Además el dolor incrementa por cinco la probabilidad de utilización de servicios sanitarios y supone una importante carga en costes sanitarios directos e indirectos³. Siendo consecuencias del dolor: depresión causada por una disminución de la socialización, alteración del sueño, se produce alteración de la deambulación (lo que lleva a un aumento de costes y utilización de servicios de salud), muchas condiciones de las personas mayores empeoran, incluyendo trastornos de la marcha, una rehabilitación lenta y efectos adversos de múltiples prescripciones medicamentosas.

Por todo ello manteniendo un buen control del dolor en las personas mayores, y una prevención adecuada del cual, disminuiríamos todos los efectos adversos y perjuicios causado por este, aumentando así la calidad de vida de los pacientes.

Hipótesis: Un buen control del dolor en las personas mayores y una prevención adecuada mejora la calidad de vida.

» **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 trata de un estudio prospectivo, que va a ser desarrollado en el centro de salud. Se va a realizar en personas mayores que dispongan de cuidadores principales, los cuales una vez que el paciente acuda al centro de salud por dolor se le pasará la escala del dolor, dependiendo de su estado cognitivo o de las facilidades que presente el paciente se le pasará la escala numérica de intensidad del dolor, la escala visual analógica o la escala descriptiva verbal.

Por tanto los factores de inclusión de los pacientes serán: personas mayores con cuidador principal, que mantengan adecuadas las capacidades cognitivas y presenten dolor.

Y los factores de exclusión: personas mayores que no tengan un cuidador principal, que no mantengan adecuadas las capacidades cognitivas o que no presenten dolor.

La Escala numérica de intensidad del dolor: En un paciente que se comunica verbalmente, se puede utilizar la escala numérica verbal (0 a 10), donde el paciente elige un número que refleja el nivel de su dolor, donde 10 representa el peor dolor.

Puede ser hablada o escrita y por consiguiente más útil en pacientes críticos o geriátricos. En ocasiones, y en pacientes concretos, el uso de la numeración de 0-100 puede tener más utilidad. La ENV tiene una muy buena correlación con la EVA.

La escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de no dolor y en el extremo opuesto el peor dolor imaginable. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente

válida para muchas poblaciones de pacientes.

Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras. Es una herramienta válida, fácilmente comprensible, correlaciona bien con la escala numérica verbal. Los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de ± 2 mm. Por otro lado tiene algunas desventajas: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado.

Para algunos autores, la forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Para otros, una escala vertical presenta menores dificultades de interpretación para los adultos mayores, porque les recuerda a un termómetro.

Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso. En algunos estudios definen la presencia de Dolor cuando la EVA es mayor a 3.

Y por último la Escala Descriptiva Verbal (EDV): en la cual se requiere un grado de comprensión menos elevado que la EVA o ENV. Consta de 4 puntos, en que el dolor puede estar ausente = 1, ligero = 2, moderado = 3 o intenso = 4.

La correspondencia de la escala descriptiva con la numérica sería: dolor ausente = 0, ligero = 1-3, moderado = 4-6 e intenso = 7-10.

Puntuaciones > 3 por la escala numérica o 3 por la escala verbal son inaceptables y deben aplicarse medidas analgésicas⁴.

Una vez analizada la respuesta del paciente frente a la escala por el personal de Enfermería; el cuidador principal junto con el paciente y el personal de Enfermería, valorando los diagnósticos de enfermería se le enseñara técnicas y métodos para reducir el dolor y evitar de nuevo su aparición. Existen diferentes factores que pueden modificar la percepción dolorosa del paciente, como la edad, su situación cognitiva, estado emotivo y las experiencias dolorosas previas. Estos factores hacen que un paciente presente un gran dolor aunque no presente causas que en teoría las justifique. Esto puede inducir al médico o enfermero a subestimar el dolor, generando discrepancias entre lo que valora el personal que atiende al paciente y lo que valora el propio paciente⁴.

Por lo que tras un abordaje multidisciplinar, con la colaboración del paciente, el cuidador principal y el personal responsable de enfermería y mediante la utilización de estas técnicas y métodos basadas en las intervenciones de enfermería de la NANDA, mejoraremos la calidad de vida de los pacientes.

Intervenciones y actividades:

-Manejo del dolor.

oAlentar al paciente a que hable sobre su experiencia dolorosa.

oAnimar al paciente a vigilar su propio dolor e intervenir en consecuencia.

oAsegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

oColaborar con el paciente y cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, si procede.

oEnseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, capacidad de imaginación guiada, terapia musical, distracción, terapias de juego, terapias de actividad, acupresión)

oEvaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

-Administración de analgésicos.

oAdministrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.

oAdministrar analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.

oColaborar con el médico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalos con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia.

oComprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis, y frecuencia del analgésico prescrito.

» 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.

Según las revisiones bibliográficas podemos concluir que:

A pesar de la variabilidad de los estudios epidemiológicos, se constata que el dolor es un problema muy frecuente en todas las áreas.

Posiblemente la presencia real de dolor en la población está infraestimada. Los recursos para el abordaje del dolor son heterogéneos, con distintos modelos organizativos y dependencia funcional; con distinta dotación y capacitación de los profesionales así como desigualdades en el acceso.

Tanto la valoración como el tratamiento del dolor presentan insuficiencias por factores dependientes de:

Los profesionales: actitud pasiva, pensamientos erróneos sobre el dolor, sus consecuencias o sobre los tratamientos existentes; falta de formación o de investigación sólida en algunos aspectos relacionados con la evaluación o el tratamiento del dolor o complejidad de los cuadros dolorosos.

La organización sanitaria: ausencia de una taxonomía común y consensuada; falta de sistemas de registros adecuados o falta de directrices y procedimientos organizativos comunes.

Los pacientes: actitudes pasivas, pensamientos erróneos sobre el dolor o sus tratamientos o dificultades de comunicación.

Los pacientes con dolor agudo, como con dolor crónico o de causa médica desconocida, expresan necesidades y expectativas relacionadas con un diagnóstico claro, un tratamiento eficaz y una comunicación y trato interpersonal que cuide aspectos de escucha, credibilidad, confianza y participación en la toma de decisiones sobre sus problemas³.

El seguimiento interdisciplinar del personal de enfermería, el paciente y sus cuidadores tras realizar el paso de las diferentes escalas y comprobar el grado de dolor que presentaban estos pacientes, se les enseñó las diferentes intervenciones de enfermería y los diferentes cuidados para disminuir ese dolor que presentaban y poder prevenirlo en un futuro, por lo que esto ha mejorado la calidad de vida de los pacientes, ya que el dolor ha disminuido en gran medida y ha podido ser prevenido en parte.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Un buen control del dolor en este tipo de pacientes mejora su calidad de vida y aumenta su seguridad ya que evitaríamos las consecuencias del dolor como pueden ser la depresión, una alteración de la deambulación que le puede llevar a un aumento del riesgo de caídas y la posterior consecuencia en el sistema sanitario de un aumento de los costes, una alteración del sueño y otras consecuencias y efectos adversos que son

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Una línea de investigación que podemos proponer a tenor de nuestro trabajo es que se estudie como mejorar el control del dolor en las personas que mantengan un nivel cognitivo disminuido para poder mejorar también en ellas su calidad de vida.

Otra propuesta que planteamos es una mejora de la comunicación de los pacientes en referente a su dolor, ya que hay veces que existe falta de información o desconocimiento por parte del paciente y sus familiares de la existencia de recursos eficaces para el dolor y un ahorro de sufrimiento por parte del paciente innecesario, que sería mermado con una mejora de la comunicación de este de una manera activa.

» BIBLIOGRAFÍA.

1.Franco M. L y Seoane de Lucas A. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento; Soc. Esp. Dolor 8: 29-38, 2009.

2.Muriel Villoria C. Dolor en el paciente anciano, reunión de expertos; Catedra extraordinaria del dolor Fundación Grünenthal de la Universidad de Salamanca, 2004

3.Guerra de Hoyos J.A, Fernández de la Mota E, Fernández Garcia E. Plan andaluz de personas con dolor, Junta de Andalucía- Conserjería de Salud, 2013.