

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"

PREVALENCIA DEL DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS

Autor principal PATRICIA RIOS

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave Dolor Cuidados criticos Escala de dolor Enfermería

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

La evaluación del dolor es la primera etapa del proceso de atención de enfermería al paciente que lo sufre. El dolor se produce comúnmente como señal de alarma al detectar una lesión en los tejidos o una enfermedad en nuestro cuerpo.

La adecuada valoración y control del dolor constituye un pilar básico en el cuidado y tratamiento del paciente crítico. Puede ser responsable de la aparición de complicaciones pulmonares, infecciones quirúrgicas, aumento del nivel de ansiedad, insomnio, desorientación, agitación y delirio y, en definitiva, ser causante de un incremento de la morbilidad y mortalidad del paciente crítico.

A pesar de las recomendaciones de diferentes sociedades científicas, la adecuada valoración del dolor en cuidados intensivos es escasa y el empleo de herramientas validadas para ello infrecuente.

Al estudiar los registros de los 68 pacientes analizados en mi estudio, he podido observar que a pesar del alto porcentaje de pacientes que tienen pauta analgesia, no hay ningún registro del dolor, utilizando instrumento de medición del mismo, solamente hay anotaciones aisladas de dolor sin posterior seguimiento del mismo.

Por todo ello quiero resaltar la necesidad de controlar el dolor. Hay múltiples instrumentos para su medición y valoración, cuantificándolo y facilitando el manejo del mismo, con el fin de reducir medicaciones innecesarias y aumentándolas en aquellos pacientes que verdaderamente lo

» **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 evaluación del dolor es la primera etapa del proceso de atención de enfermería al paciente que lo sufre. El dolor se produce comúnmente como señal de alarma al detectar una lesión en los tejidos o una enfermedad en nuestro cuerpo. El dolor es definido como:

"experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma y, si persiste sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma". 1

El dolor en el paciente crítico puede tener diferentes orígenes, que abarcan desde la propia patología que motiva el ingreso del paciente hasta las técnicas y cuidados necesarios para su manejo. Un estudio multicéntrico evidenció que entre el 50 - 65% de los pacientes críticos sufrieron dolor; y el 15% de ellos refirieron un dolor de intensidad moderada a severa durante más del 50% de su estancia hospitalaria, incidencia que se corrobora en otros estudios. Por otro lado cabe reseñar el estudio de Thunder Project II, realizado en 169 hospitales de 4 países, que incluye una muestra de más de 5900 sujetos, en el cual se analiza la respuesta ante 6 procedimientos nociceptivos que forman parte de la práctica habitual del cuidado del paciente crítico, destacando entre sus hallazgos que la movilización o el cambio postural constituyen el procedimiento más doloroso en pacientes adultos.2

La adecuada valoración y control del dolor constituye un pilar básico en el cuidado y tratamiento del paciente crítico. El dolor no tratado adecuadamente puede desencadenar un estado hiperadrenérgico capaz de provocar efectos adversos fisiológicos como taquicardia, aumento del consumo miocárdico, reducción de la capacidad pulmonar y del peristaltismo, inmunosupresión e hipercoagulabilidad. Puede ser responsable de la aparición de complicaciones pulmonares, infecciones quirúrgicas, aumento del nivel de ansiedad, insomnio, desorientación, agitación y delirio y, en definitiva, ser causante de un incremento de la morbilidad y mortalidad del paciente crítico.3

Ya en 1999, la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO), publicó los Pain Assessment and Management Standards, donde exigía que la valoración del dolor fuese considerada como la quinta constante vital, debiendo ser determinada durante todo el ingreso del paciente, algo esencial en el trabajo de evaluación de enfermería y que en la práctica clínica supone una nueva función reglada de la enfermera. JCAHO requería su cumplimiento en el año 2001.4

En 2008, fue la Sociedad Española de Medicina Intensiva Cuidados Críticos y Unidades Coronarias (SEMICYUC), quién publicó las recomendaciones del grupo de trabajo de Analgesia y sedación, entre las que se menciona la importancia de monitorización y cuantificación de la intensidad del dolor en pacientes críticos sin capacidad de comunicación para lo cual propone la utilización de la Escala de Campbell; esta escala valora 5 ítems conductuales (musclicatura facial, tranquilidad, tono muscular, respuesta verbal y confortabilidad) con un rango total de puntuación de 0 (ausencia de dolor) a 10 puntos (máximo dolor).5

A pesar de las recomendaciones de diferentes sociedades científicas, la adecuada valoración del dolor en cuidados intensivos es escasa y el empleo de herramientas validadas para ello infrecuente. El mejor instrumento para la detección del dolor y sus características es la manifestación del propio paciente. Teniendo en cuenta el entorno del cuidado del paciente crítico, en el que frecuentemente la capacidad de comunicación se ve afectada por la disminución del nivel de consciencia, utilización de fármacos sedantes o la presencia de ventilación mecánica, se recomienda la utilización de indicadores conductuales y fisiológicos para la detección y medida del dolor.

En la actualidad, los enfermos ingresados en las unidades de cuidados intensivos, siguen refiriendo dolor. Son muchas las opciones terapéuticas que se tienen para ofrecer un adecuado alivio del dolor a los pacientes en estado crítico. Es conveniente que los trabajadores de cuidados intensivos, conozcan y apliquen todas las posibles alternativas de acuerdo a las circunstancias del enfermo, viéndose reflejado en un mejor control del dolor, menos efectos deletéreos, un tratamiento integral más adecuado y un mejor pronóstico.

En mi estudio analizo la prevalencia del dolor en estos pacientes. Cuantificar las anotaciones sobre la presencia de dolor en los pacientes,

» **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.**

Estudio descriptivo retrospectivo, llevado a cabo de enero a diciembre de 2013 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro General del Hospital Universitario de Asturias.

Para el cálculo de la muestra hemos utilizado la fórmula de población finita donde N es igual a 875 ya que han sido los ingresos en esta unidad

estudio; Z#61537; es igual a 1,96 para una seguridad del 95% y la precisión del 95%. Por lo que fueron estudiados 67 pacientes escogidos de forma aleatoria del total de ingresos durante el 2013.

A través de una hoja de recogida de datos, se recopiló de la historia clínica de los pacientes, la información siguiente: datos demográficos y clínicos del paciente como edad, sexo, patología de ingreso; se registró la medicación analgésica y sedante pautaada en el tratamiento, variables fisiológicas como frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial (TA), frecuencia respiratoria (FR), y la variación de las mismas según las indicaciones de dolor de las gráficas diarias. Se consideraron todas las mediciones y anotaciones de las observaciones de enfermería de todos pacientes con respecto al dolor, considerando aquellos que tenían pautaada medicación para el dolor, necesidad de medicación complementaria, referencias de analgesia insuficiente, indicando aquellos que habían sido intubados, pacientes con drenajes, postoperatorios y traumatismos. Control posterior

» **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.**

De los 68 pacientes de la muestra, 20 son mujeres y 48 hombres, de edades comprendidas entre los 18 y 81 años, con 8 días de media de ingreso en la unidad.

Tras revisar los cambios escritos por las enfermeras en las hojas diarias de los pacientes y analizar la medicación analgésica pautaada (según la Escala Analgésica de la OMS), he obtenido que: el 14% del total de pacientes no tienen pautaado ningún tipo de analgesia; el 17 % tienen pautaado analgesia del 1º escalón de la Escala Analgésica de la OMS; el 10 % tienen pautaado analgesia del 3º escalón y el 57 % tienen pautaado analgesia del 1º y 3º escalón. Del total de pacientes el 16% tienen asociados coadyuvantes.

A pesar del alto porcentaje de pacientes que tienen pautaada analgesia, no hay ningún registro del dolor utilizando instrumento de medición del mismo; he contabilizado 75 anotaciones en los cambios de enfermería del total de hojas diarias de todos los pacientes, refiriéndose al dolor sin

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

El mayor temor de los pacientes que ingresan en el hospital es el sufrimiento y/o el dolor, pero a día de hoy menospreciamos y nos olvidamos de su detección y monitorización a lo largo del tiempo que el paciente este en el hospital.

Los enfoques del tratamiento en pacientes tanto de cuidados intensivos como del resto de las unidades de hospitalización, deben incluir el manejo de analgesia y sedación, con el fin de establecer un esquema adecuado del dolor, con lo que además de los beneficios humanitarios implícitos, ofrecer confort, evitar o reducir la magnitud de la respuesta al estrés y sus cambios fisiológicos secundarios, se lograría un mejor manejo sistémico y un pronóstico más alentador para el enfermo.

En mi estudio se refleja la necesidad de controlar el dolor. Hay múltiples instrumentos para su medición y valoración, cuantificándolo y facilitando

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

Instaurar el dolor como la quinta constante y monitorizarla en todas las unidades de hospitalización, no sólo en cuidados intensivos, y comparar los resultados con los actuales.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Brennan F, Cousins MJ. El alivio del dolor como un derecho humano. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12 : 17-23.
2. Gélinas C. Management of pain in cardiac surgery ICU patients: have we improved over time? Intensive Crit Care Nurs. 2007; 23 : 298-303.
3. Latorre M, Solís Muñoz M, Falero Ruiz T, Larrasquitu Sánchez A, Romay Pérez AB, Millán Santos EL. Valoración de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. Enferm Intensiva 2011; 22 (1) : 3-12.
4. Berry PH, Dahl JL. The new JCAHO pain standards: implications for pain management nurses. Pain Manag Nurs 2000; 1 (1) : 3-12
5. Erdek MA, Pronovost PJ. Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. Int J Qual Health Care. 2004; 16 : 59-64.