



ENFERMERÍA ANTE EL DOLOR AGUDO NO MALIGNO

Susana del Río Urenda, Diplomada en Enfermería. Hospital S^a M^a del Rosell. Cartagena. Murcia.

Elena Calvo Charro, Profesora Titular de Fundamentos de Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga

Silvia García Barrios, Profesora Titular de Fundamentos de Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga

Dolores Ruiz Diana, Profesora Asociada de E. Médicoquirúrgica de la Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

Dirección de contacto: Susana del Río Urenda, Av. Herrera Oria n^o 80, 29.007 Málaga.

-Mail: sudelrio@hotmail.com

RESUMEN

En el presente trabajo hemos intentado sintetizar algunas de las actuaciones independientes que podemos desarrollar los enfermeros, con el fin de reforzar y complementar el tratamiento médico, dirigido a personas que por diversas causas padecen dolor. En ningún caso deben ser actividades excluyentes, sino todo lo contrario, complementarias y de aplicación conjunta y coordinada.

La asistencia a pacientes con dolor es algo tan frecuente en nuestra labor diaria, que en ocasiones nos puede llevar a minusvalorar su importancia e incluso a sentirnos fracasados ante la impotencia de no poder aliviar el dolor de las personas a nuestro cuidado.

PALABRAS CLAVE: Cuidados de Enfermería relacionados con el dolor; dolor agudo no maligno; alivio del dolor.

EL DOLOR AGUDO NO MALIGNO

Siguiendo el modelo de Virginia Henderson, que nos guiará en nuestras actuaciones, consideramos a la **“persona como un ser con necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales; dirigiendo nuestra labor tanto a la persona sana como enferma, ayudando a través de nuestros cuidados a satisfacer sus necesidades con el fin de alcanzar la máxima independencia posible”**.

El dolor agudo es el “estado en que una persona experimenta y manifiesta la presencia de malestar intenso o sensación desagradable, causada por la estimulación nociva de las terminaciones nerviosas sensoriales” y cuyas manifestaciones no persisten más de seis meses (1). El factor desencadenante puede ser de tipo físico, químico, biológico o incluso psicológico.

A su vez, la vivencia de dolor es **SUBJETIVA**: es algo que **NO** se puede medir ni cuantificar; algo que no se puede compartir. Así mismo, la **tolerancia al dolor** es una respuesta **INDIVIDUAL**, única, que varía de un paciente a otro en la misma situación.

Por tanto, la única forma en que la enfermera puede valorarlo es a través de la información y la observación proporcionas por el paciente.

LA ENFERMERA ANTE EL PACIENTE CON DOLOR

Ante un paciente con dolor cada disciplina profesional aporta sus conocimientos y experiencia a la asistencia de ese paciente.

Cuando la enfermera se encuentra ante un paciente, lleva consigo sus conocimientos, sus aptitudes y sus actividades; éstas últimas basadas en gran parte, en sus experiencias previas.

Actualmente, la mayoría de nosotros ha pasado esa primera etapa de considerar que lo esencial de nuestro trabajo era realizar técnicas de última gene-



ración y estar al día de los adelantos científicos – técnicos. También hemos dejado a un lado la concepción biomédica de considerar a la persona un conjunto de aparatos y sistemas.

Hoy en día coincidimos en que estamos ante una persona que tienen más necesidades que las puramente físicas, y que podemos hacer “*algo más*” por su salud que aplicar un tratamiento prescrito por otro profesional.

Dejando a un lado nuestra labor de colaboradores, ciertamente necesaria, empezamos a tomar conciencia de que podemos hacer ese “*algo más*” que no nos va a prescribir nadie, ya que se trata de nuestra labor independiente, de la que somos responsables nosotros únicamente.

Ante un paciente con dolor, nuestra actuación primera será conocer qué le ocurre; estudiar el caso; planificar qué podemos hacer; realizando las actuaciones pertinentes y, posteriormente, evaluar la efectividad de nuestra actuación sobre el cambio de conducta del paciente. Este proceso se suele hacer mentalmente y sin planteárnoslo; en el caso de llevarlo a cabo como metodología científica, no es más que “*eso*” que solemos ver en la teoría mitificado como algo terriblemente complejo y lejano: el **Proceso de Enfermería**.

¿QUÉ MÁS PUEDE HACER UNA ENFERMERA?

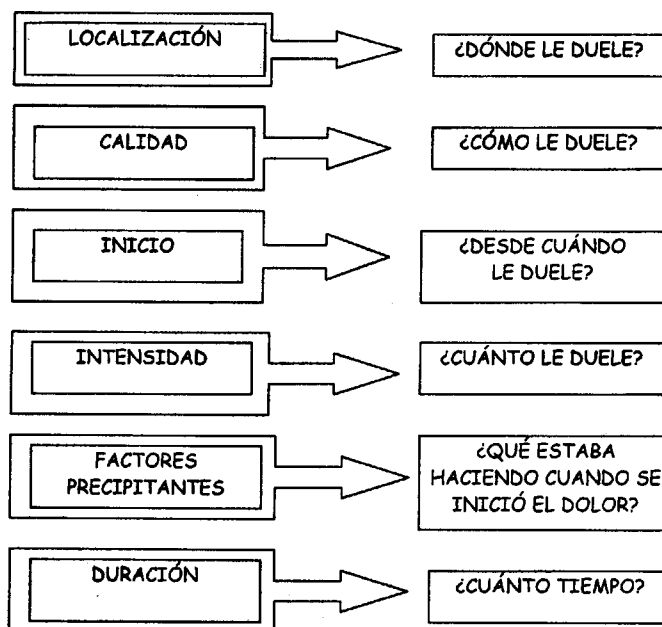
1.- Valorar al paciente

Para ello contamos con varios instrumentos:

- Observación de las manifestaciones clínicas.
- Datos derivados de la *entrevista* con el paciente.
- Datos derivados del *diálogo* con la familia.
- Datos derivados de la *Hª Clínica* del paciente.
- Factores psicosociales recabados.

Pero con demasiada frecuencia, la capacidad de la enfermera para intervenir y aliviarlo se ve seriamente limitada por los prejuicios, los conceptos erróneos, e incluso el temor y el rechazo a reconocer la existencia de dicho dolor (2).

En el proceso de valoración del dolor la enfermera tendrá presente:



2.- diagnóstico de enfermería

Los diagnósticos de enfermería correctos en pacientes con dolor son el resultado de la recogida y el análisis cuidadoso de los datos.

Un diagnóstico correcto se hace tras revisar grupos de características definitorias, las cuales coincidirán, a veces, para más de un diagnóstico (por ejemplo *dolor, ansiedad, trastorno del patrón del sueño, etc.*); entonces, será necesario hacer un buen diagnóstico diferencial basado en una buena valoración de enfermería.

Los “factores relacionados” con el juicio diagnóstico son aquellos que causan o contribuyen al problema y están originados por una o más áreas de dependencia (Fuerza, Conocimiento y/o Voluntad) sobre las que nosotros podemos actuar **independientemente**: en este caso será un **diagnóstico de enfermería**; si el factor causal está originado por una etiología sobre la que no podemos actuar estaríamos ante un **problema de colaboración** con otro profesional (generalmente el médico).

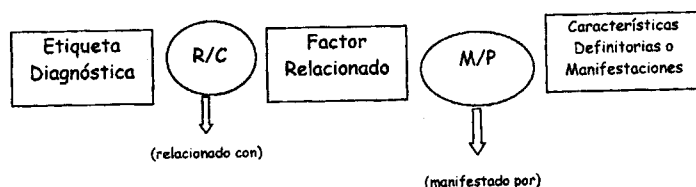
La identificación con éxito de los factores relacionados garantiza que las terapias de enfermería se dirigirán a aliviar la incomodidad. (3).

Las etiquetas diagnósticas recogidas por las NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (1) son:

DOLOR	Definición:	Estado en que una persona experimenta y manifiesta la presencia de malestar intenso o sensación desagradable
	Características definitorias:	Objetivas: Expresión facial de dolor, respuestas autónomas (sudoración, taquicardia e hipertensión); comportamiento de protección y defensa: centrar la atención en uno mismo.
		Subjetivas: Comunicación (verbal o codificada) de descriptores de dolor.
	Factores relacionados:	Agentes lesivos: biológicos, químicos, físicos y psicológicos.
	Diagnóstico diferencial con:	Dolor crónico.

DOLOR CRÓNICO	Definición:	Estado en que una persona experimenta dolor que persiste durante más de seis meses.
	Características definitorias:	• Informes verbales u observación de signos indicadores de dolor experimentado durante más de seis meses. • Cambios en el patrón del sueño. • Expresión facial de dolor. • Anorexia; cambios ponderales. • Retraimiento físico y social. • Alteración de la capacidad para seguir con actividades de la vida diaria.
	Factores relacionados:	Incapacidad física / psicosocial crónica.

Con ello nos quedaría un Diagnóstico de Enfermería (DdE) (4) con la siguiente formulación:



3. planificación de los cuidados.

La enfermera ha de desarrollar planes de cuidados **individualizados** para cada paciente, estableciendo objetivos y prioridades basadas en el nivel del dolor del paciente y sus repercusiones sobre su estilo de vida y su estado general de salud (5).

Los objetivos de nuestra asistencia (6) deberían ir encaminados a:

- Aliviar el dolor.
- Eliminar o reducir al mínimo los estímulos que lo provocan.
- Enseñar al paciente a afrontar el dolor.
- Mejorar el sentido individual del bienestar y seguridad.

Ejemplo:

• **Objetivo:** "El paciente recuperará la capacidad para llevar a cabo su autocuidado de forma independiente en 48 horas".

• **Resultado:** El paciente se baña y arregla sin limitación de movimiento en 48 horas.

4.- ejecución.

4.1. Promocionar el bienestar del paciente

Las medidas incluyen:

- Baños templados,
- Medidas de higiene personal completas,
- Control del medio ambiente: temperatura, olor, luz, ruido, etc.

• Un programa de descanso adecuado.

4.2. Medidas no farmacológicas de alivio del dolor.

Hay numerosas terapias no farmacológicas que disminuyen la recepción y la percepción del dolor.

Estas medidas las podemos clasificar en los siguientes grupos:

A) Reducción de la recepción del dolor.

Una forma simple de facilitar el bienestar es eliminando o evitando los estímulos dolorosos malestar. El dolor se puede prevenir también mediante la anticipación a las actividades o procedimientos que puedan generarlo.

- Estirar y alisar las arrugas de las sábanas.
- Colocar al paciente separado de los tubos, sondas y cables.
- Aflojar los vendajes que constriñan (salvo los compresivos).
- Cambiar las sábanas y apósitos húmedos.
- Colocar al paciente de forma correcta y cómoda.
- Comprobar la temperatura de las aplicaciones de calor o frío, incluyendo el agua del baño.
- No desplazar al paciente con brusquedad en la cama.
- Colocar al paciente correctamente sobre la cuña.
- Evitar la exposición de la piel/mucosas a agentes irritantes (orina, etc.).
- Evitar la retención urinaria manteniendo la sondas permeables.
- Evitar el estreñimiento con líquidos, dieta y ejercicio.

B) Estimulación cutánea.

La estimulación cutánea es la estimulación de la piel para aliviar el dolor. Un masaje, un baño templado, una bolsa de hielo, son formas simples de reducir la percepción del dolor y ayudar a reducir la tensión muscular, que podría aumentar el dolor. La forma específica en que la estimulación cutánea funciona no está clara. Una propuesta es que libera endorfinas.

Masaje: Aumenta la irrigación sanguínea y tiene efectos secundarios /contraindicaciones mínimas. Las friegas en la espalda o el masaje corporal pueden aliviar sólo el dolor leve.

Calor/Frío: Probablemente son más eficaces para el dolor bien localizado. El frío tiene más ventajas que el calor y cuando alivia el dolor, suele ser más efectivo que el calor. No obstante requiere algo de persuasión con frecuencia, ya que los pacientes prefieren generalmente el calor. El frío reduce el dolor de las contusiones (en las primeras 24h.) y las articulaciones inflamadas. El calor húmedo alivia la rigidez matutina de la artritis y mejora la circulación. Siempre debe instruirse al paciente para evitar lesiones (quemaduras por calor o hielo) y contraindicaciones (hemorragias, heridas...). Es mayor el riesgo en pacientes con lesiones neurológicas o de la médula espinal, en ancianos o en personas con nivel de conciencia disminuida.

·Aplicación/masaje con hielo: El dolor debe estar bien localizado (p. ej. episiotomía). Puede aliviar el dolor intenso, pero debe ser utilizado como máximo durante 10 minutos.

·Acupuntura/digitopuntura: Producen analgesia por hiperestimulación de determinados puntos.

C) Técnicas de relajación.

Las técnicas de relajación proporcionan a los pacientes un autocontrol cuando se produce el dolor, invirtiendo la tensión física y mental del dolor. Cuando se utilizan con éxito las técnicas de relajación se producen cambios fisiológicos y conductuales como disminución de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, disminución del consumo de oxígeno y aumento de la capacidad de concentración.

Los tres requisitos para la relajación son: postura correcta, mente despejada y ambiente tranquilo.

D) La distracción.

Consiste en desviar la atención del paciente res-

pecto al dolor, disminuyendo así la *percepción* dolorosa.

Suele ser más eficaz cuando el dolor es leve o moderado. Algunas técnicas de distracción son: enseñar al paciente ejercicios de respiración rítmicos y lentos; enseñarle a escuchar concentrándose activamente, por ejemplo en la música; pedirle que nos cuente algo que le exija distraer su atención; etc.

5.- EVALUACIÓN

El paciente es la mejor fuente de datos para evaluar la eficacia de las medidas y actuaciones prescritas para el alivio del dolor. La evaluación continua permite al profesional de enfermería determinar si se requieren nuevos tratamientos o revisar los existentes y si se han desarrollado nuevos diagnósticos de enfermería.

Se realizan comparaciones con las valoraciones del dolor basales para determinar si la intensidad y otras características del dolor han cambiado. De forma similar, la enfermera evalúa si la respuesta del paciente al dolor (p. Ej. la capacidad para socializar o para llevar a cabo el autocuidado) han cambiado. Estos resultados se comparan con los esperados, con el fin de establecer el estado de salud del paciente.

5.1.¿Qué ocurre cuando fracasamos en el alivio del dolor?

"Cuando esto sucede quizá nuestro mayor fracaso sea abandonar al paciente. Cuando el paciente tiene todavía dolor, una de las acciones más importantes que puede realizar la enfermera no es hacer algo, sino simplemente estar con el paciente" (McCaffery, 1981).

Aunque el dolor no esté controlado, aún tenemos algo que ofrecer al paciente y a su familia: No rehuya al paciente; no le diga que tiene una baja tolerancia al dolor; no le diga que otros lo sobrellevan mejor.

Simplemente asegúrele que sigue creyendo que le duele y muéstrelle su preocupación con su presencia e interés manifiesto y constante.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo hemos desarrollado algunas de las actividades independientes que ofrece enfermería para el alivio del dolor de las personas que tenemos a nuestro cuidado; resumiendo podemos citarlas:



1° Hacer una correcta valoración del paciente con todos los instrumentos que tengamos en nuestra mano para la recogida de datos.

2° Llegar a un diagnóstico de enfermería correcto una vez analizados los datos recopilados.

3° Planificar cuidados individualizados, estableciendo objetivos y prioridades basadas en el nivel de dolor del paciente y sus repercusiones sobre su estilo de vida y su estado general de salud.

4° Llevar a cabo las medidas planificadas para promocionar el bienestar del paciente, así como aquellas medidas no farmacológicas que ayuden a disminuir la recepción y la percepción del dolor.

5° Evaluar la efectividad de nuestros cuidados y la satisfacción de las personas que cuidamos.

Consideramos importante que los enfermeros conozcamos nuestra propia cartera de servicios, para brindarla a nuestra población, adaptándola a sus demandas y mejorando el grado de satisfacción por el servicio que les ofrecemos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a D. Rafael J. Calzada Cerezo su inestimable colaboración en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

·(1) M. T. Luis. "Diagnósticos Enfermeros". 3ª Ed. Barcelona. Mosby - Doyma, 1997.

·(2) McCaffery. Beebe, "Dolor, Manual clínico para la práctica de enfermería". Madrid: Salvat. 1991.

·(3) Fdez. Ferrín, "Enfermería Fundamental". Barcelona. Edit. Masson, S.A. 1994.

·(4) Fernández Ferrín. "El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos". Madrid. Masson - Salvat, 1993.

·(5) Potter - Perry. "Fundamentos De Enfermería, Teoría Y Práctica". 3ª Ed. Barcelona. Mosby - Doyma, 1996.

·(6) Kozier "Fundamentos de Enfermería". 5ª Ed. Interamericana - Mc Graw - Hill. 1998.

COMPLEMENTARIA:

·Chacón, M. "La intervención enfermera en el manejo del dolor en pacientes con cáncer". Revista Metas de Enfermería. Febrero 99; 12: 41 - 51.

·Bejarano, J. "Esquinazo al dolor". Revista Salud entre Todos. Diciembre 97; 74: 4 - 9.