

Dolor: la verdadera realidad

RESUMEN

El dolor es un síntoma frecuente, manifestado por los pacientes en diferentes situaciones, entre las cuales se encuentra la persona hospitalizada en la unidad de cuidado intensivo (UCI). En estas áreas, en ocasiones, el dolor es subvalorado y, por tanto, apenas tratado. Las respuestas psicológicas, hemodinámicas, metabólicas y neuroendocrinas provocadas por un control inadecuado del dolor pueden producir mayor morbilidad e incluso mortalidad. Es por esto que la evaluación del dolor se ha convertido en un reto para los profesionales de la salud, en especial para los enfermeros y las enfermeras ya que son quienes proporcionan cuidado directo y permanente; además, poseen la capacidad de detectar y controlar el dolor y el sufrimiento de los pacientes, como un principio fundamental para su valoración. Con frecuencia se pasa por alto la importancia de un conocimiento integral que permita comprender no solo los cambios fisiológicos sino la influencia del dolor en la vida del paciente y su entorno. Este artículo tiene como objetivo analizar la necesidad de aplicar en la práctica diaria la teoría de los síntomas desagradables, como una herramienta para evaluar el dolor y entender el significado integral de éste, conocer las características que son propias de cada individuo al igual que sus factores fisiológicos, psicológicos y ambientales. Para este fin se revisarán conceptos generales sobre dolor, teorías de mediano rango, y la aplicación de la teoría de síntomas desagradables que permite evaluar de una forma adecuada y oportuna el dolor en los pacientes en situación crítica.

PALABRAS CLAVE

Dolor, nocicepción, terminaciones nerviosas, sufrimiento, síntoma, angustia. (Fuente: DeCS)

Pain: A Genuine Reality

ABSTRACT

Pain is a frequent symptom manifest by patients in different situations, including those who are hospitalized in intensive care units (ICU). In such units, pain is occasionally underestimated and, therefore, hardly treated. The psychological, hemodynamic, metabolic and neuroendocrine reactions provoked by inadequate pain control can produce increased illness and even death. This is why pain assessment has become a challenge to health professionals, especially nurses, as it is they who provide direct and permanent care. Nurses also have the ability to detect and control a patient's pain and suffering, as a fundamental principle in their assessment. The importance of a thorough grasp of the situation, specifically one that allows for an understanding of physiological changes, as well as the impact of pain on the patient's life and his/her environment, is often overlooked. The purpose of this article is to analyze the necessity and significance of applying the theory of unpleasant symptoms in everyday practice, as a way to assess pain, to understand its integral meaning, and to know the characteristics particular to each person, as well as their physiological, psychological and environmental factors. To this end, general concepts of pain, medium range theories and application of the theory of unpleasant symptoms are reviewed for an adequate and well-timed assessment of pain in critically ill patients.

KEY WORDS

Pain, nociception, nerve endings, suffering, symptom, anxiety.

1. Magíster en Enfermería con Énfasis en el Cuidado de la Salud Cardiovascular. Profesora Asistente Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Carrera 7 N° 40-62. Hospital Universitario de San Ignacio. P. 7. Bogotá D.C. Colombia. dachury@javeriana.edu.co

A dor: a verdadeira realidade

RESUMO

A dor é um sintoma freqüente que os pacientes manifestam nas diversas situações; por exemplo, pessoas hospitalizadas em uma unidade de cuidado intensivo (UCI). Nestes sítios, a dor é subestimado e, portanto, é tratado superficialmente. As respostas psicológicas, hemodinâmicas, metabólicas e neuroendócrinas, resultado do controle inapropriado da dor, podem causar maior morbidade e até mortalidade. Em conseqüência, a avaliação da dor constitui um desafio para os profissionais da saúde, sobretudo enfermeiros e enfermeiras, que dão cuidado direto e permanente. Além disso, têm a capacidade para detectar e controlar a dor e o sofrimento dos pacientes, princípio fundamental para valorá-lo. Amiúde, é ignorada a importância de um conhecimento integral que possibilite compreender não somente as mudanças fisiológicas do paciente, senão também a influência da dor na sua vida.

O objetivo deste artigo é analisar a necessidade de aplicar na prática cotidiana a teoria dos sintomas desagradáveis como ferramenta para avaliar a dor e compreender o significado íntegro deste e conhecer as características próprias de cada indivíduo, assim como seus fatores psicológicos, fisiológicos e ambientais. Portanto, são revisados conceitos gerais relacionados com a dor, teorias de classe mediana e a aplicação da teoria dos sintomas desagradáveis, que possibilite avaliar oportuna e adequadamente a dor nos pacientes em situação crítica.

PALAVRAS-CHAVE

Dor, terminais nerviosos, sofrimento, sintoma, nocicepção, angústia.

El dolor es el síntoma cardinal experimentado por el paciente en las unidades de cuidado intensivo –los pacientes recuerdan haber tenido dolor durante su permanencia–.

Múltiples factores pueden influir en la percepción del dolor, entre los cuales se encuentran la expectativa del mismo (percepción), experiencias dolorosas anteriores, estado emocional y procesos cognitivos; lo anterior hace que el dolor se considere como un problema multidimensional. Por el contrario, en el día a día de la práctica clínica el abordaje del dolor por parte de los profesionales se ha reducido al control fisiológico y farmacológico, dejando atrás el componente social, emocional y sus repercusiones. Muchas veces el abordaje del dolor se ve limitado porque los profesionales de la salud, en especial los enfermeros, desconocen la existencia y utilidad de herramientas propias de la disciplina que permiten una valoración integral y que proporcionan elementos para direccionar el manejo multidimensional e integral del dolor; es por esto que las teorías de rango medio, en especial la teoría de síntomas desagradables, permiten delimitar el campo de la práctica profesional, la acción o intervención de la enfermera y el resultado propuesto.

El dolor es el síntoma más frecuente en el manejo clínico o quirúrgico de las enfermedades que afectan al ser humano. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como “una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada con daño tisular potencial o real” (1, 2, 3).

Desde el punto de vista asistencial está definido como “cualquier molestia corporal que indique el enfermo y que existe siempre que él lo señale” (2).

La existencia de muchos tipos de dolor se puede comprender a través del conocimiento de cuatro conceptos generales: 1) La nocicepción, que determina la detección del daño tisular a través de aferentes primarios: terminaciones nerviosas libres. 2) La percepción del dolor, frecuentemente desencadenada por un estímulo nocivo tal como lesión o enfermedad. También puede ser generada por lesiones en el sistema nervioso central o periférico, como se ve en pacientes con neuropatía diabética, lesiones medulares, etc. 3) El sufrimiento, considerado como una respuesta negativa inducida por el dolor, y también por miedo, ansiedad, temor y otros estados psicológicos. 4) La conducta dolorosa, resultado del dolor y del sufrimiento, que se acompaña de expresiones y acciones que la persona manifiesta, atribuibles algunas a la presencia de lesión tisular. Ejemplos de ellas son: quejas, muecas, recostarse, ir al médico, negarse a trabajar, etc. Estas conductas son percibidas por otras personas y pueden ser cuantificadas. Todos estos comportamientos son reales y probablemente sean influenciados por la continua exposición al dolor no tratado correctamente.

Podemos considerar tres componentes esenciales que intervienen en la percepción dolorosa y se convierten en elementos necesarios al valorar y manejar el dolor: el sensorial, que se relaciona con la transmisión del impulso desencadenado, informando su intensidad, localización y cualidad. El motivacional-afectivo, que hace referencia a las emociones manifestadas frente a un impulso doloroso y la manera como éstas pueden influir en la interpretación del mismo, caracterizando el dolor como desagradable, gene-

Múltiples factores pueden influir en la percepción del dolor, entre los cuales se encuentran la expectativa del mismo (percepción), experiencias dolorosas anteriores, estado emocional y procesos cognitivos.

rando ansiedad y depresión. Finalmente, el componente evaluador, que determina la influencia del dolor en la vida diaria y cotidiana del paciente (2, 3).

El dolor en los pacientes críticos puede desencadenarse por múltiples causas tales como: la propia enfermedad, los procedimientos invasivos que se realizan para su tratamiento (quirúrgicos, colocación de drenajes, etc.), los procedimientos y las técnicas necesarias para el manejo de los pacientes (presencia del tubo orotraqueal, máscaras de ventilación mecánica no invasiva, colocación y presencia de sondas y catéteres, etc.), cuidados directos (aspiración endotraqueal, movilizaciones, curaciones, fisioterapia, etc.), y la propia inmovilidad del paciente. Este dolor genera consecuencias en el paciente que pueden ser de origen hemodinámico, metabólico y psicológico. Con frecuencia las respuestas de tipo fisiológico se manejan en las unidades de cuidado intensivo pero se olvidan las consecuencias de tipo emocional que puede provocar el dolor, tales como ansiedad, insomnio, desorientación, agitación y delirio (4, 5).

Como profesionales de la salud desempeñamos un papel muy importante en el manejo del dolor, pues no basta administrar analgésicos ignorando la verdadera experiencia de dolorosa. Es necesario mirar más allá y profundizar sobre el verdadero significado de este síntoma, no solo desde el punto de vista teórico sino práctico-vivencial de las personas que lo padecen.

Partiendo de la importancia en el manejo del dolor, es fundamental analizarlo a la luz de la teoría de los síntomas desagradables, puesto que esta teoría de mediano rango se convierte en una herramienta

en la práctica claramente aplicable y, por consiguiente, permite definir los síntomas como indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal, como lo experimenta el paciente y, a la vez, nos brinda información acerca del dolor destacando unas características propias, conociendo los factores que afectan el síntoma, las consecuencias y la resolución del dolor (6, 7).

Las teorías de rango medio se derivan de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la enfermería, proponen resultados menos abstractos y más específicos en la práctica que las grandes teorías, delimitan el campo de la práctica profesional, la acción o intervención de la enfermera, y el resultado propuesto.

Durante los años ochenta, Afaf Meleis propuso e hizo claridad acerca de la necesidad que tenía la enfermería de desarrollar teorías sustantivas que generaran fundamentos específicos para la práctica, de ahí la importancia de aplicar teorías de mediano rango para diseñar parámetros generales de la práctica (8, 9, 10, 11).

En este grupo de teorías se encuentra la de síntomas desagradables, que consta de tres componentes y cuatro dimensiones (12, 13, 14, 15).

Los componentes son:

1. Los síntomas experimentados por el individuo, definidos como los indicadores del cambio, percibidos en el funcionamiento normal como lo experimentan los pacientes. En ocasiones un síntoma puede considerarse una experiencia multidimensional, es decir, tiene una cierta intensidad, una coordinación (duración y frecuencia), y un nivel percibido de angustia y de calidad.

Con frecuencia las respuestas de tipo fisiológico se manejan en las unidades de cuidado intensivo pero se olvidan las consecuencias de tipo emocional que puede provocar el dolor, tales como ansiedad, insomnio, desorientación, agitación y delirio.

La angustia es un atributo que se refiere al grado en el cual la persona es molestada por la experiencia del síntoma; dada su severidad un síntoma puede ser incapacitante para algunos individuos y menos molesto para otros.

2. Los factores influyentes son tres: los fisiológicos, los psicológicos y los situacionales, los cuales interactúan entre sí e intervienen en las dimensiones de los síntomas. Los fisiológicos están relacionados con los sistemas orgánicos normales, las patologías y los niveles de nutrición, entre otros. Los psicológicos se asocian con el estado anímico, la personalidad y el grado de ansiedad. Los situacionales se relacionan con las experiencias personales, el estilo de vida y el apoyo social.

3. La realización de la experiencia del síntoma es el componente final de la teoría, es el resultado o efecto de la experiencia del síntoma, e incluye actividades funcionales y cognitivas. La realización funcional se conceptualiza ampliamente porque incluye actividades de la vida diaria, físicas, sociales y laborales. La realización cognitiva incluye la concentración, el pensamiento y la resolución del problema.

Una vez analizados los componentes anteriores de la teoría, es necesario conocer las dimensiones que son atributos, antecedentes, similitudes o analogías, relaciones y consecuencias para lograr un mejor entendimiento de la experiencia de los síntomas desagradables, donde el sustrato principal es el mismo paciente y su cuidador más cercano, éstas son:

La angustia es un atributo que se refiere al grado en el cual la persona es molestada por la experiencia del síntoma; dada su severidad un síntoma puede ser incapacitante para algunos individuos y menos molesto para otros. La calidad es la coordinación existente entre la aparición de un síntoma y una actividad específica. La duración incluye la frecuencia con la que un síntoma ocurre. La intensidad hace referencia a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que se experimenta.

En seguida analizaremos esta teoría en la valoración del dolor en el paciente crítico.

Al ser el dolor un fenómeno multidimensional, requiere una valoración completa que permita obtener datos objetivos y subjetivos sobre las respuestas fisiológicas, cognitivas y emocionales al mismo. Con frecuencia, en las unidades la valoración del dolor es unidimensional, ya que se valora basándose en respuestas fisiológicas, olvidando que el dolor, como toda experiencia emocional, es subjetivo; solo el paciente conoce el dolor y cuánto le duele, por eso su valoración debe atenerse necesariamente al informe del paciente cuando este puede verbalizarlo, pero cuando el paciente se encuentra en la unidad de cuidado intensivo y se le dificulta verbalizar el grado de dolor, se hace imperioso el análisis del mismo por medio de los referentes de la teoría de síntomas desagradables, y utilizando escalas visuales o conductuales que permitan valorarlo (16). A continuación se muestra el análisis del dolor por medio de los referentes (síntomas, factores influyentes, realización) de la teoría de síntomas desagradables.

Síntomas

La intensidad, duración, frecuencia y calidad del dolor es un parámetro que ha despertado gran interés en la investigación reciente. Los diferentes estudios han demostrado que el empleo sistemático de una herramienta visual ayuda al paciente y al profesional a identificar con mayor precisión la intensidad del dolor. En el paciente crítico la valoración requiere que los profesionales utilicen herramientas que permitan determinar dicha intensidad en los diferentes casos (conscientes-intubados), de ahí la necesidad de conocer las escalas ideales en ellos (17, 18, 19, 20).

Evaluación del dolor en el paciente consciente y comunicativo

Se debe preguntar acerca de las características del dolor (localización, irradiación, tipo de dolor, factores precipitantes o de alivio), la intensidad, el mecanismo generador, el tipo de dolor, y la respuesta al tratamiento instaurado. Para la correcta interpretación de las escalas hay que tener en cuenta no sólo el valor inicial que refiere el paciente, sino los cambios que se producen al instaurar el tratamiento. Existen algunas escalas que permiten la valoración del dolor, como la escala visual análoga, la escala verbal numérica, y la escala verbal descriptiva.

La escala visual análoga (EVA) es una escala unidimensional que valora la intensidad del dolor, representada en una línea de 0 a 10 cm. En el extremo que corresponde al 0 está la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto, que corresponde a 10, “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de “no dolor”, a la marcada por el paciente, representa la intensidad del dolor. Cada centímetro puede disponer o no de marcas, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Es la escala más usada, incluso en los pacientes críticos. Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras. Se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano y en el sedado.

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 mode-

rado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso. La EVA se ha convertido en una escala fiable y válida para numerosas poblaciones de pacientes (21, 22, 23).

La escala verbal numérica (EVN) es también una escala unidimensional, permite que el paciente exprese su percepción del dolor desde el 0 (“no dolor”) al 10 (el “peor dolor imaginable”). Puede ser por tanto hablada o escrita y, por consiguiente, más útil en pacientes críticos o geriátricos (24).

La escala verbal descriptiva (EVD) es similar a la anterior, salvo que el paciente califica su percepción de acuerdo con 6 grados: no dolor, dolor leve, moderado, intenso, muy intenso e insoportable (25).

Existen otras escalas más sofisticadas que son habitualmente empleadas en la valoración del dolor. Entre éstas se destacan escalas multidimensionales como el *McGill Pain Questionnaire* (MPQ), que miden la intensidad del dolor y sus componentes sensitivos, afectivos, evaluativos y conductuales; se basa en el lenguaje, por tanto, depende del grado de aptitud verbal del paciente, es frecuentemente utilizada en los pacientes con dolor crónico y demanda más tiempo debido a su complejidad, no supone ninguna ventaja ni en los pacientes críticos ni durante el posoperatorio inmediato (26).

Evaluación del dolor en el paciente intubado

Al valorar el dolor en el paciente crítico intubado existe un concepto errado, pues se cree que en éstos no se puede valorar la intensidad, duración y frecuencia del

Al valorar el dolor en el paciente crítico intubado existe un concepto errado, pues se cree que en éstos no se puede valorar la intensidad, duración y frecuencia del dolor, y se olvida el abordaje de este signo tan importante.

La selección del instrumento más apropiada para evaluar el dolor depende del paciente, de su capacidad para comunicarse, y de la habilidad del profesional para interpretar conductas o indicadores fisiológicos.

dolor, y se olvida el abordaje de este signo tan importante; es por esto que se hace necesario considerar que el paciente intubado ha perdido su comunicación verbal pero nunca su capacidad de comunicarse ya que pueden hacerlo con movimientos y usando escalas como la EVA. Muchas veces en las unidades se encuentran pacientes intubados con sedación profunda donde es muy difícil que puedan comunicarse, a diferencia de los pacientes que no están con grados de sedación profunda. Al valorar la intensidad del dolor es necesario utilizar herramientas indirectas que permitan cuantificarlo, algunas de estas herramientas son: a) indicadores fisiológicos, el dolor va asociado a manifestaciones previas como taquicardia, hipertensión arterial, diaforesis; b) indicadores conductuales, como la expresión facial, presencia de movimientos, posturas, tono; c) aplicación de escalas que permiten cuantificar el dolor evaluando aspectos objetivos y subjetivos, algunas de estas escalas son la de BPS y Campbell (27), que evalúan las conductas relacionadas con el dolor (movimiento, expresión facial y postura) e indicadores fisiológicos; d) información de los familiares: en ocasiones la información recogida de los familiares directos, que conocen la expresión del paciente, puede orientar hacia la presencia de dolor; su capacidad para observar la presencia e intensidad de éste ha sido evaluada en diferentes estudios. Pueden estimar la ausencia o presencia de dolor en un 73% de los pacientes, aunque son menos fiables para detectar el grado de dolor (53%) (28).

En resumen, la valoración del dolor como síntoma está sujeta a factores subjetivos comprendidos por la percepción del medio social y cultural que rodea al paciente, indicadores conductuales, ideas, senti-

mientos y los factores objetivos entre los que se encuentran los parámetros hemodinámicos; sin embargo, es necesario que el profesional de enfermería posea la habilidad para poder combinar en su labor estos dos elementos (subjetivos y objetivos), y logre realizar una adecuada valoración. Es por esto que la selección del instrumento más apropiada para evaluar el dolor depende del paciente, de su capacidad para comunicarse, y de la habilidad del profesional para interpretar conductas o indicadores fisiológicos.

Factores que influyen en la valoración del dolor

Existen una serie de factores físicos, emocionales y sociales que pueden modular la vivencia o la intensidad dolorosa. Los aspectos físicos propios del paciente crítico que generan dolor son desencadenados por factores evidentes, como enfermedades preexistentes, procedimientos invasivos, dispositivos utilizados para la monitorización y el tratamiento, inmovilización permanente y actividades de rutina, generando en el paciente incomodidad e insomnio. La incomodidad y el insomnio contribuyen al agotamiento, la agitación y la desorientación de los pacientes (29).

Por otro lado, las limitaciones que tiene el paciente crítico en la comunicación se convierten en un elemento emocional y situacional que influye en la experiencia del dolor porque un paciente incapaz de verbalizar su dolor genera estados de ansiedad, agitación, depresión, tristeza y temor. En los momentos iniciales de padecimiento del dolor las reacciones de ansiedad e ira suelen ser frecuentes, sin embargo, cuando el problema se vuelve crónico, la conducta emocional que más

se presenta es la depresión. No obstante, dadas las complejas y variadas relaciones entre estado emocional y dolor, se recomienda su valoración tanto en la evaluación inicial como al final del tratamiento, con el objeto de estimar la eficacia de la intervención sobre el estado emocional alterado (30, 31).

Con lo anterior se hace necesario que los profesionales de enfermería busquen alternativas de comunicación y observen con atención los signos no verbales para valorar la presencia o intensidad del dolor. Dado que los enfermeros no pueden basarse en conductas previsibles ante el dolor, deben recurrir a otras fuentes de evaluación. La familia del paciente se convierte en un factor social de valiosa importancia en la identificación y el manejo del dolor, ya que puede contribuir de un modo significativo a su valoración conductual por medio del reconocimiento de respuestas normales del paciente reflejadas en la expresión, el comportamiento, los ruidos y los movimientos.

Las influencias culturales son otro factor de importancia en la valoración del dolor, que se pueden convertir en un obstáculo; la primera consideración es conocer el grupo cultural al que pertenece el paciente para comprender las manifestaciones verbales y no verbales del dolor. Los pacientes son individuos únicos en su respuesta al dolor, y el profesional de enfermería no debe esperar o asignar de forma injusta una conducta que el paciente no tiene por qué presentar. Una segunda consideración que se suele olvidar es la influencia del dolor en la vida del paciente, la enfermera o el enfermero debe comunicarse con él y su familia para discernir sobre este aspecto. En algunas culturas se cree que el dolor se debe a una prueba o un castigo

de Dios, y los pertenecientes a ellas piensan a veces que debe ser eliminado. Otras culturas perciben el dolor como asociado a un desequilibrio vital, por ejemplo el calor o el frío, y los que pertenecen a ellas creen que deben manipular su entorno para restablecer el equilibrio que permita controlar el dolor. Las complejidades y peculiaridades de las creencias culturales requieren un análisis más profundo. En algunas unidades de cuidado intensivo se han establecido recursos para afrontar la diversidad cultural de los pacientes en situación crítica (32, 33). Finalmente, todos estos factores influyentes nos permiten conocer la realidad del dolor, no es suficiente su conocimiento fisiológico y científico, es necesario conocer y explorar las sensaciones de cada individuo y trabajar en modificar esos factores con el fin de mejorar la experiencia de este síntoma, a la vez es importante que el profesional de enfermería apoye, siempre que sea posible, las creencias y necesidades especiales de cada paciente y su familia para crear el ambiente terapéutico más adecuado que permita la pronta recuperación y el manejo oportuno del dolor.

La realización del síntoma

Este último componente de la teoría de síntomas desagradables nos permite desarrollar una serie de estrategias dirigidas al manejo de ese dolor que se ha evaluado con los elementos anteriores de la teoría a fin de asegurar el confort del paciente durante su estadía en UCI, disminuir la morbi-mortalidad, prevenir la aparición de dolor crónico por un manejo inadecuado del dolor originalmente agudo, y evitar las secuelas psicológicas por mal manejo de este síntoma. Estos propósitos —que se convierten en la realización real del sín-

En algunas unidades de cuidado intensivo se han establecido recursos para afrontar la diversidad cultural de los pacientes en situación crítica.

toma— se logran con estrategias dirigidas a la prevención, el manejo farmacológico y no farmacológico, y el conocimiento de las herramientas de valoración del dolor por parte de los profesionales. Lo ideal es eliminar el dolor por medio de la prevención, la cual en las unidades de cuidado intensivo está destinada a evitar el dolor que se sabe va a ser producido por la realización de procedimientos invasivos, crear un ambiente físico más apropiado disminuyendo los estímulos sonoros, facilitar el ritmo de sueño fisiológico, permitir en lo posible la presencia de la familia, propiciar el contacto físico agradable —como las caricias—, evitar las inmovilizaciones traumáticas y propiciar en su lugar posiciones anatómicas favorables y cómodas.

Las medidas no farmacológicas se refieren a las intervenciones ambientales y conductuales, las cuales pueden reducir de manera indirecta el dolor al disminuir la cantidad total de estímulos nocivos, reduciendo el temor, la ansiedad o el efecto negativo. Los métodos más usados son la explicación oportuna de los procedimientos que generan dolor, la distracción, la sugestión, las técnicas de respiración, la imaginación guiada, posiciones adecuadas, y eliminación de estímulos físicos; el propósito de estos métodos es incrementar la comodidad y estabilidad del paciente, reducir el estrés y las consecuencias indeseables relacionadas con los procedimientos ambientales y terapéuticos; por último, la comunicación con el paciente es una medida no farmacológica que permite integrar la palabra y distintas formas de lenguaje no verbal: la mirada, el silencio, el acompañamiento, la escritura, las señas y la gesticulación, pero quizás el sentido del tacto y la presión son los principales puentes de comunicación y manejo del dolor (34).

Por otro lado se encuentran las medidas farmacológicas en el manejo del dolor, consisten en la administración de opiodes, antiinflamatorios no esteroides (Aines), y coadyuvantes (anticonvulsivantes, antidepresivos, anestésicos locales). Aunque el objetivo de este artículo no es la realización de una revisión farmacológica completa de cada uno de ellos, se formulan algunas pautas básicas para su uso. La selección de un medicamento depende de su farmacología (farmacodinamia y farmacocinética) y los efectos adversos. Los medicamentos más utilizados en el paciente crítico son los opiodes; los atributos deseables de un opiode son: su acción central, el comienzo rápido del efecto, la facilidad para graduar la dosis, la ausencia de acumulación de metabolitos y el bajo costo. El fentanilo tiene el comienzo de acción más rápido y la duración más breve, pero la dosificación repetida puede causar acumulación y efectos prolongados, es muy eficaz pero es un fuerte depresor respiratorio. La acción de la morfina es más prolongada, de manera que se pueden administrar dosis intermitentes, sin embargo, la vasodilatación como efecto secundario puede provocar hipotensión, y su metabolito activo puede causar sedación prolongada en caso de insuficiencia renal.

La meperidina tiene un metabolito activo que causa neuroexcitación (aprensión, temblor, delirio, desorientación y convulsiones), y puede interactuar con antidepresivos, de manera que no se recomienda para administración repetitiva. Los efectos adversos de los analgésicos opioides son comunes y afectan a menudo a los pacientes críticos. Los efectos respiratorios, hemodinámicos, neurológicos y gastrointestinales son los que más preocupan, de ahí el temor y las limitaciones que existen al administrar un opiode para manejo del

La comunicación con el paciente es una medida no farmacológica que permite integrar la palabra y distintas formas de lenguaje no verbal: la mirada, el silencio, el acompañamiento, la escritura, las señas y la gesticulación.

dolor. Los Aines pueden causar efectos adversos significativos, como hemorragia gastrointestinal; los pacientes con hipovolemia o hipoperfusión, los ancianos y aquellos con disfunción renal pueden ser más susceptibles a lesiones renales inducidas por Aines. El acetaminofén es un analgésico que se indica para tratar el dolor leve a moderado. En combinación con un opioide ejerce mayor efecto analgésico (35).

Prevenir el dolor es más efectivo que tratar uno ya establecido cuando se adopta el criterio según necesidad para administrar los medicamentos, los pacientes pueden recibir dosis menores que la prescripta y el tratamiento se puede demorar significativamente; los analgésicos se deben administrar de manera continua o intermitente programada, con dosis en bolo suplementarias según necesidad, utilizando dosis de rescate si la intensidad del dolor persiste, y previa valoración del estado hemodinámico del paciente.

Múltiples estudios señalan que más de un 50% de los pacientes tienen un control insuficiente de su dolor durante su estancia en UCI (36, 20, 37). Son muchas las causas que conducen a un tratamiento inadecuado del mismo. Entre otras se destacan tres principalmente:

La primera causa es la *medicación insuficiente*, a menudo los pacientes reciben una dosis de analgesia inferior a la necesaria; la creencia de que el paciente inconsciente o sedado no puede manifestar dolor se debe fundamentalmente a una infravaloración del síntoma, a la ausencia de una correcta valoración de éste, y al miedo a los opiáceos; la *formación inadecuada* de los profesionales de la salud acerca del dolor, el desconocimiento de su fisiopatología, y de la farmacocinética

y farmacodinamia de los analgésicos son en muchos casos la causa de un mal tratamiento, así como la opinión que tienen muchos profesionales de la salud de que el dolor debe soportarse lo máximo posible; la tercera causa es la *comunicación inadecuada* entre los profesionales de la salud y los pacientes debido a distintas circunstancias como puede ser la tecnología que rodea a la UCI, la incapacidad de comunicarse por la condición crítica de los pacientes, los sistemas de monitoria, la atención de enfermería de rutina (aspiración de secreciones, movilización del paciente); éstos se convierten en factores influyentes para que los profesionales no establezcan una comunicación adecuada con el paciente, generando un manejo inapropiado del dolor. Con lo anterior se hace necesario el manejo del dolor no solo utilizando un tratamiento farmacológico por medio del establecimiento de un plan terapéutico y un objetivo de analgesia para cada paciente, sino también el uso del tratamiento no farmacológico que permita un control óptimo del dolor y evite las causas de la analgesia inadecuada.

Para terminar, la última estrategia que permite la realización del dolor es el conocimiento de herramientas de valoración por parte de los profesionales de enfermería; existen algunos estudios que muestran que el déficit de conocimientos, creencias y actitudes de los profesionales en relación con el dolor, su valoración y manejo son un obstáculo habitual en la evaluación precisa y adecuada del síntoma (38, 14, 15). Algunos de los conceptos erróneos en la valoración y el manejo del dolor están relacionados con: “todo paciente que se encuentre en UCI está sedado y no tiene dolor”, “en los pacientes que están intubados no es posible valorar el dolor”, “todo paciente con dolor debe tener una respuesta fisiológica, y muy pocas emo-

Los efectos respiratorios, hemodinámicos, neurológicos y gastrointestinales son los que más preocupan, de ahí el temor y las limitaciones que existen al administrar un opioide para manejo del dolor.

El dolor es un fenómeno multidimensional que requiere una valoración y evaluación completa que permita obtener datos objetivos y subjetivos sobre la respuesta fisiológica, cognitiva y emocional al mismo.

cionales o sociales”, “temor a que el tratamiento intensivo del dolor con opiáceos provoque depresión respiratoria y tolerancia”, y con el desconocimiento del verdadero significado del dolor y las diferentes herramientas con que cuenta el personal de enfermería para su valoración, como la aplicación en la práctica diaria de la teoría de síntomas desagradables y las diferentes escalas en la valoración del dolor; estas herramientas ofrecen un análisis de una situación real de un paciente con dolor, demostrando que la teoría, la investigación y la práctica no están desligadas entre sí y que, por el contrario, nuestro quehacer diario se encuentra más respaldado por la investigación y, por tanto, cuenta con un amplio y razonable sustento científico, además de una propiedad unida e inherente a nuestra disciplina.

Conclusiones

1. El dolor es un fenómeno multidimensional que requiere una valoración y evaluación completa que permita obtener datos objetivos y subjetivos sobre la respuesta fisiológica, cognitiva y emocional al mismo. Con frecuencia en las unidades de cuidado intensivo la valoración del dolor se realiza unidimensionalmente puesto que se valora el dolor fundamentados en respuestas fisiológicas olvidando que este síntoma, como toda experiencia emocional, es subjetivo; solo el paciente conoce el dolor y cuánto le duele, por eso su valoración debe atenerse necesariamente al informe del paciente cuando éste puede verbalizarlo, pero cuando el paciente se encuentra en la unidad de cuidado intensivo y se le dificulta verbalizar el grado del dolor se hace imperioso su análisis por medio de los referentes de

la teoría de síntomas desagradables, y utilizando escalas visuales, descriptivas y conductuales que permitan valorarlo.

2. La valoración del dolor como síntoma está sujeta a factores subjetivos comprendidos por la percepción del medio social y cultural que rodea al paciente, indicadores conductuales, ideas y sentimientos, y factores objetivos entre los que se encuentran los parámetros hemodinámicos; sin embargo, es necesario que el profesional de enfermería posea la habilidad para poder combinar en su labor estos dos elementos (subjetivos y objetivos) en la realización de una adecuada valoración. Es por esto que la selección apropiada del instrumento para evaluar el dolor depende del paciente, de su capacidad para comunicarse y de la habilidad del profesional para interpretar conductas o indicadores fisiológicos.

3. Existen una serie de factores físicos, emocionales y sociales que pueden modular la vivencia o la intensidad dolorosa. Los factores físicos propios del paciente crítico que generan dolor, tales como incomodidad e insomnio, son desencadenados por factores evidentes, como enfermedades preexistentes, procedimientos invasivos, dispositivos utilizados para la monitorización y el tratamiento, inmovilización permanente y actividades de rutina. La incomodidad y el insomnio contribuyen al agotamiento, la agitación y la desorientación de los pacientes.

Por otro lado, las limitaciones que tiene el paciente crítico en la comunicación se convierten en un elemento emocional y situacional que influye

en la experiencia del dolor porque un paciente que es incapaz de verbalizar su dolor o de hacerse comprender genera estados de ansiedad, agitación, depresión, tristeza y temor; la familia se convierte en un factor social de valiosa importancia en la identificación y el manejo del dolor ya que puede contribuir de un modo significativo a su valoración conductual, por medio del reconocimiento de respuestas normales del paciente reflejadas en la expresión, la conducta, los ruidos y los movimientos. Las influencias culturales son otro factor que influye en la valoración del dolor y se pueden convertir en un obstáculo, la primera consideración es

conocer el grupo cultural al que pertenece el paciente para comprender las manifestaciones verbales y no verbales del dolor.

4. La realización del dolor es el último componente de la teoría de síntomas desagradables, este componente permite desarrollar una serie de estrategias dirigidas al manejo del dolor, estas estrategias están dirigidas a la prevención del dolor; la utilización de medidas no farmacológicas fundamentadas en intervenciones ambientales, conductuales y comunicativas; medidas farmacológicas, y el conocimiento de herramientas en la

valoración del dolor por parte de los profesionales de enfermería como lo es la aplicación en la práctica diaria de la teoría de síntomas desagradables y las diferentes escalas en la valoración del dolor; estas herramientas ofrecen un análisis de una situación real de un paciente con dolor, demostrando que la teoría, la investigación y la práctica no están desligadas entre sí, y que, por el contrario, nuestro quehacer diario se encuentra más respaldado por la investigación y por tanto cuenta con un amplio y razonable sustento científico, además de una propiedad unida e inherente a nuestra disciplina.

REFERENCIAS

1. Gutiérrez G. Breve reseña histórica sobre el dolor. Bogotá: MED UNAB; 2001.
2. Álvarez T. Teorías sobre el dolor. Proceso de enfermería en las personas con dolor. Bogotá: Salud mental; 2000. p. 1-12.
3. Nover G. Aspectos psicológicos del dolor. Madrid: Interpsiquis; 2000. p. 1-13.
4. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, et ál. Recomendaciones de práctica clínica para la sedación y la analgesia prolongadas en los adultos gravemente enfermos. *Crit Care Med* 2002; 30 (1): A8-2-21.
5. Puntillo KA. Dimensions of procedural pain and its analgesic management in critically ill surgical patients. *AM J Crit Care* 1994; 3: 11-128.
6. Marión G, Moore S. Teorías de rango medio enfocadas al dolor. USA: Nursing Outlook; 1996. p. 1-10.
7. Lenz ER, et ál. La teoría del rango medio de los síntomas desagradables: una actualización. *Adv Nurs Sci* 1997; 2 (3): 14-27.
8. Lenz ER, et ál. Desarrollo colaborativo de teorías de enfermería de rango medio: hacia una teoría de síntomas desagradables. *Adv Nurs Science* 1995; 3 (1): 1-13.
9. Marriner, Tomey. Modelos y teorías en enfermería. 3 edición española. Madrid: Mosby/Doyma; 1994. p. 3-7.
10. Meleis A. Being and becoming healthy: The core of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly* 1991; 3 (3): 107-114.
11. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA. The middle-range Theory of Unpleasant Symptoms: An update. *Advances in Nursing Science* 1999; 19 (3): 14-27.
12. Jablonski A. The Multidimensional Characteristics of Symptoms Reported by Patients on Hemodialysis Nephrology. *Nursing Journal* 2007; 34 (Iss. 1): 29.
13. Posey A. Symptom Perception: A Concept Exploration. *Nursing Forum* 2006; 41 (Iss. 3): 113, 7.
14. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Prieto J. Pain assessment (I). valoración del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9: 94-108.
15. Bolibar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los estándares de calidad. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* 2005; 52:131-140.

16. Society of Critical Care Medicine, American Society of Health-System Pharmacists: Sedative, analgesia, and neuromuscular blockade of the critically ill adult: Revised clinical practice guidelines for 2002. *Crit Care Med* 2002; 30: 117-8.
17. Pardo C, Muñoz T y Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la Semicyuc, Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la Semicyuc. *Med. Intensiva* 2006; 30 (8).
18. Walder B, Tramer MR. Analgesia and sedation in critically ill patients. *Swiss Med Wkly* 2004; 134: 333-46.
19. Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST, Stanik-Hutt J, Thompson CL, et ál. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *Am J Crit Care* 2001; 10: 238-51.
20. Chamorro C, Romero MA, Pardo C. Analgesia y sedación del paciente crítico. Presente y futuro. *Med Intensiva* 2004; 2 (Supl 3): 1-4.
21. Kwekkeboom KL, Herr K. Assessment of pain in the critically ill. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2001; 13: 181-94.
22. Bijur PE, Silver W, Gallagher EJ. Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Acad Emerg Med* 2001; 8: 1153-7.
23. Gallagher EJ, Liebman M, Bijur PE. Prospective validation of clinically important changes in pain severity measured on a visual analog scale. *Ann Emerg Med* 2001; 38: 633-8.
24. Nelson JE, Meier DE, Oei EJ, Nierman DM, Senzel RS, Manfredi PL et ál. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Crit Care Med* 2001; 29: 277-82.
25. Erdek MA, Pronovost PJ. Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *Int J Qual Health Care* 2004; 16: 59-64.
26. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277-99.
27. Pardo C. Monitorización del dolor. *Medicina Intensiva* 2006; 30: 379-385.
28. Rodríguez M. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enfermería Intensiva* 2003; 14: 96-108.
29. Gloth FM, III. Pain management in older adults: prevention and treatment. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 188-99.
30. Erdek MA, Pronovost PJ. Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *Int J Qual Health Care* 2004; 16: 59-64.
31. Fatma A. ¿How do intensive care nurses assess patient's pain? *Nursing in critical care*; 2005.
32. Puntillo KA, Miaskowski C, Kehrlé K, Stannard D, Gleeson S, Nye P. Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. *Crit Care Med* 1997; 25: 1159-66.
33. Douglas M. Cultural diversity in response to pain. In: *Pain in the critically ill*. Aspen: Gaithersburg; 1991.
34. Prkachin KM. The consistency of facial expressions of pain: a comparison across modalities. *Pain* 1992; 51: 297-306.
35. Walder B, Tramer MR. Analgesia and sedation in critically ill patients. *Swiss Med Wkly* 2004; 134: 333-46.
36. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, et ál. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med* 2002; 30: 119-41.
37. Aissaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R. Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg* 2005; 101: 1470-6.
38. Young J, Siffleet J, Nikoletti S, Shaw T. Use of a behavioural pain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive Crit Care Nurs* 2006; 22: 32-9.