

Atención de enfermería a una persona con dolor


Leire Ambrosio
lambrosio@unav.es

CONTENIDO

- **Introducción**
 - **Factores que influyen**
 - **Recuerdo anato-fisiológico**
 - **Clasificación cronológico**
 - Dolor agudo
 - Dolor crónico
 - **Clasificación etiopatológico**
 - Dolor somático
 - Dolor superficial
 - Dolor profundo
 - Dolor visceral
 - Dolor referido
 - Dolor neuropático
 - **Tratamiento**
 - **Características definitorias**
 - **Actividades y valoración de enfermería**
- 

INTRODUCCIÓN

- Es el síntoma más frecuente y común que experimentan las personas a lo largo de su vida
- El Dolor es útil porque es una señal de alerta, avisa de lesión orgánica
- La reacción al dolor es individual, diferente en cada persona: Está condicionada por factores:
 - fisiológicos, emocionales y culturales
 - valoración y tto individualizado
- El Dolor afecta a todas las esferas de la persona
- Problema sociosanitario: bajas laborales, mala calidad de vida, coste sanitario, coste personal, familiar,... Especialmente en el dolor crónico
- Los estudios revelan que no siempre se aplica tratamiento eficaz → deficiente formación de profesionales de la salud sobre el dolor, causas y tratamientos (fármacos,...)



Factores que influyen

Factores que influyen en el abordaje del dolor

- **Errores de los pacientes por ideas y temores equivocados del dolor y su tratamiento**

- “no comunicar el dolor por miedo a los efectos secundarios de los fármacos”
- “no molestar a las enfermeras”
- “no comunicar el dolor hasta que es insoportable”
- “pensar que el dolor hay que sufrirlo y soportarlo”
- “creer que uno no es fuerte por manifestar el dolor”
- “negar la existencia del dolor”,...

- **Errores de los profesionales en el tratamiento del dolor**

- Desconocimiento del dolor, de su valoración, de los fármacos y acciones para reducirlo,...

- **Papel de enfermería: fundamental en el control del dolor**

- Es la primera persona que recoge las manifestaciones de los pacientes
- Estar preparado para una correcta valoración del mismo



Recuerdo anato-fisiológico

Estímulo: activa los nociceptores


**nervio periférico
(fibras nerviosas sensitivas)**

Asta posterior médula

Estímulo doloroso asciende por vía espinotalámica (vías sensitivas ascendentes)

Corteza cerebral

Lóbulo parietal: reconocimiento y conciencia del dolor (sentir el dolor)

A grayscale illustration of a human back and torso. The person's right hand is placed on their lower back. A vertical red glow highlights the lumbar region, indicating a specific area of concern or pain. The text 'Clasificación cronológica' is overlaid in the center of the image.

Clasificación cronológica

Cronológica → duración del dolor

Duración:

- 1. Dolor agudo: < 6 meses**
- 2. Dolor crónico: > 6 meses**



DOLOR AGUDO

- Experiencia **sensitiva y emocional** desagradable ocasionada por una **lesión tisular real o potencial** o descrita en tales términos; de inicio **súbito o lento**, de cualquier intensidad de leve a grave, con un **final** anticipado o previsible y una duración **inferior a 6 meses** (*International Association for the Study of Pain*)
- < 6 meses
- Se considera útil: ayuda al diagnóstico del problema
- Síntoma: indica presencia de lesión
- Tras reconocer su causa, pierde su utilidad
- Características
 - Temporal, duración corta, inferior a seis meses
 - Fácilmente localizable, orienta hacia la causa del problema
 - Reversible: desaparece con la curación de la causa
 - Inicio: repentino, intensidad variable: de leve a intenso y de final predecible

Dolor agudo continuación...

- Activa respuesta del SNS
 - **Respuesta fisiológica** de estrés, hiperactividad, taquicardia, hipertensión arterial, diaforesis, midriasis pupilar, palidez... en algunos casos, como en IAM: HTA
 - **Respuestas emocionales**
 - inquietud, inmovilidad, postura corporal rígida, dificultad de concentración, expresión facial de dolor, llanto, malestar general,...
 - dolor postoperatorio, fracturas,...

Dolor agudo: es un estímulo estresante



Respuestas del SNA:

SNS: Sudoración profusa, cambios en la presión arterial, respiración y pulso, dilatación pupilar

DOLOR CRÓNICO

- > 6 meses
- Características:
 - Difuso, mal localizado y difícil de describir
 - Una vez conocida su causa, no tiene utilidad, dolor “inútil”
 - Provoca agotamiento físico y psicológico; fatiga emocional
 - Afecta a toda la esfera de la persona: física, social, emocional, laboral..
 - El principal foco de interés del paciente
 - Puede provocar: aislamiento, depresión,...
- Es más que un síntoma: se considera una “enfermedad en sí misma”
- Adaptación progresiva de la persona al dolor: bloqueo del SNS
- Afecta a todas las esferas de la persona-familia-entorno
- El paciente no solicita curación, sino alivio sintomatológico
- Devolver la calidad de vida y facilitar la Convivencia con la enfermedad

An illustration of a human back and torso. The skin is rendered in a light, semi-transparent grey tone, revealing the underlying musculature and skeletal structure. A vertical strip of red color highlights the lower back region, specifically the lumbar spine area, indicating a site of pain or injury. The person's right hand is placed on their lower back, with fingers spread, further emphasizing the location of the discomfort. The overall style is clean and clinical, typical of medical educational materials.

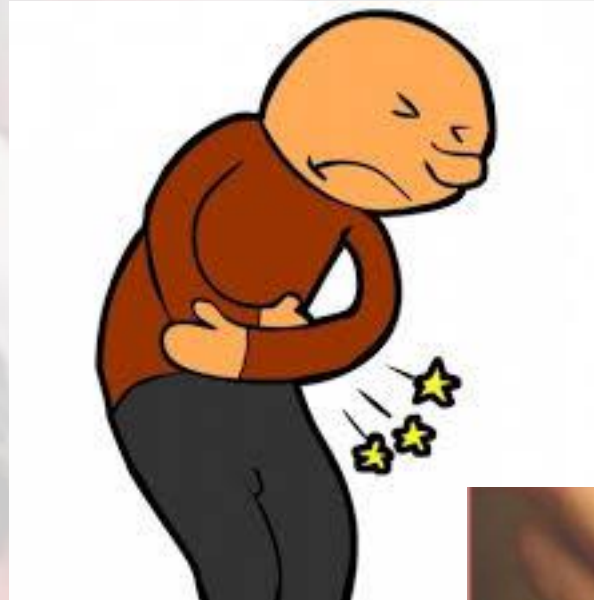
Clasificación etiopatológico

Clasificación etiopatológica

1. Dolor somático:

- Dolor superficial
- Dolor profundo
- Dolor visceral
- Dolor referido

2. Dolor neuropático



1. Dolor somático

- Dolor superficial

- Por estimulación directa de los receptores sensoriales de piel y mucosas
- Características: agudo, constante y de fácil localización
- Estímulos que lo provocan:
 - *mecánicos*: cortes, pinchazos y heridas
 - *térmicos*: quemaduras
- El dolor desaparece cuando se elimina el estímulo que lo provoca

1. Dolor somático

- Dolor profundo

- Por estimulación de los receptores dolorosos en estructuras profundas de la piel, músculos, huesos, articulaciones, vasos sanguíneos, nervios, y otros tejidos de soporte
- Características:
 - dolor más difícil de localizar y definir
 - se describe como sordo, difuso, quemante y de mayor duración que el superficial
- Estímulos que lo provocan:
 - *mecánicos*: presión o traumatismos
 - *isquémicos*: por las sustancias químicas irritantes liberadas

1. Dolor somático

- Dolor visceral

- Se origina en una víscera, por estimulación de los receptores dolorosos de la cavidad abdominal y/o del tórax
- Estímulos:
 - estiramiento de tejidos, isquemia, espasmo muscular o distensión de un órgano hueco
- Características:
 - dolor muy intenso
 - dolor sordo, difuso y mal localizado
 - puede presentarse de forma continua o en forma de cólico
 - acompañado de respuestas del SNA: sudoración, abundante, hipotensión, palidez, aumento de la frecuencia cardíaca

1. Dolor somático

- Dolor referido

- Se percibe en un área a distancia de los tejidos lesionados
- La víscera afectada está inervada por las mismas raíces sensitivas que la zona de piel donde se percibe el dolor
Ejemplo: dolor en hombro y brazo izquierdo del infarto de miocardio
- Dolor irradiado: se transmite y percibe a lo largo de un territorio nervioso
- Dolor característico de hernia discal intervertebral, por compresión de una raíz nerviosa, entre otras causas...
- Según localización: Aumenta con maniobras que aumentan la presión intratorácica (tos), maniobra de Valsalva (esfuerzos en defecación), estornudos
- El aumento de presión provoca compresión sobre la raíz nerviosa afectada: Incremento del dolor

2. Dolor neuropático

- Se produce por lesiones de vías nerviosas (periféricas o centrales) que conducen las sensaciones del dolor:
 - *Lesión de nervios periféricos*: trastornos sensitivos,...
 - *Lesión de fibras aferentes primarias*: herpes zóster,...
 - *Lesión del sistema nervioso central* que afecta al tálamo o vía espinotalámica (infrecuente)
- Características:
 - Dolor muy intenso, con sensación quemante, de hormigueo o de descarga eléctrica (disestesias) desencadenado por mínimos roces
 - Respuesta al tratamiento habitual deficiente



Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

- Tratamiento causal, variable según la etiología
 - Tratamiento de la causa, si es conocida
 - Si la causa es tratable: alivio o desaparición
 - Enfoque en dolor crónico: el dolor se convierte en sí mismo en una enfermedad:
 - Requiere un tratamiento integral,...
 - Causa no curable, no hay respuesta,...
- Conocer siempre la respuesta de la persona al dolor:
 - Conocer, valorar y tratar los efectos del dolor en todas las esferas de la persona
- El tratamiento correcto del dolor requiere más que la sola administración de analgesia farmacológica
 - Empatía por la situación, comprender al paciente,...
 - Mostrar interés por solucionar su dolor, priorizar acciones,...
 - Contacto y ayuda terapéutica, técnicas de relajación, otras técnicas



Tratamiento farmacológico

Administración de Fármacos: Escalón Terapéutico

Escalón 1: Dolor leve/moderado: Analgésicos no opioides, AINES, Paracetamol

Escalón 2: Dolor moderado/intenso: Analgésicos opioides débiles: codeína, ...

Escalón 3: Dolor intenso/muy intenso: Analgésicos opioides mayores:
Morfina, Metadona, Fentanilo...

Escalón 4: Fármacos coadyuvantes: Antidepresivos tricíclicos, corticoides

Otros tratamientos: En dolor resistente: **técnicas de 4º escalón: técnicas invasivas:** bloqueos nerviosos, neuroestimulación...

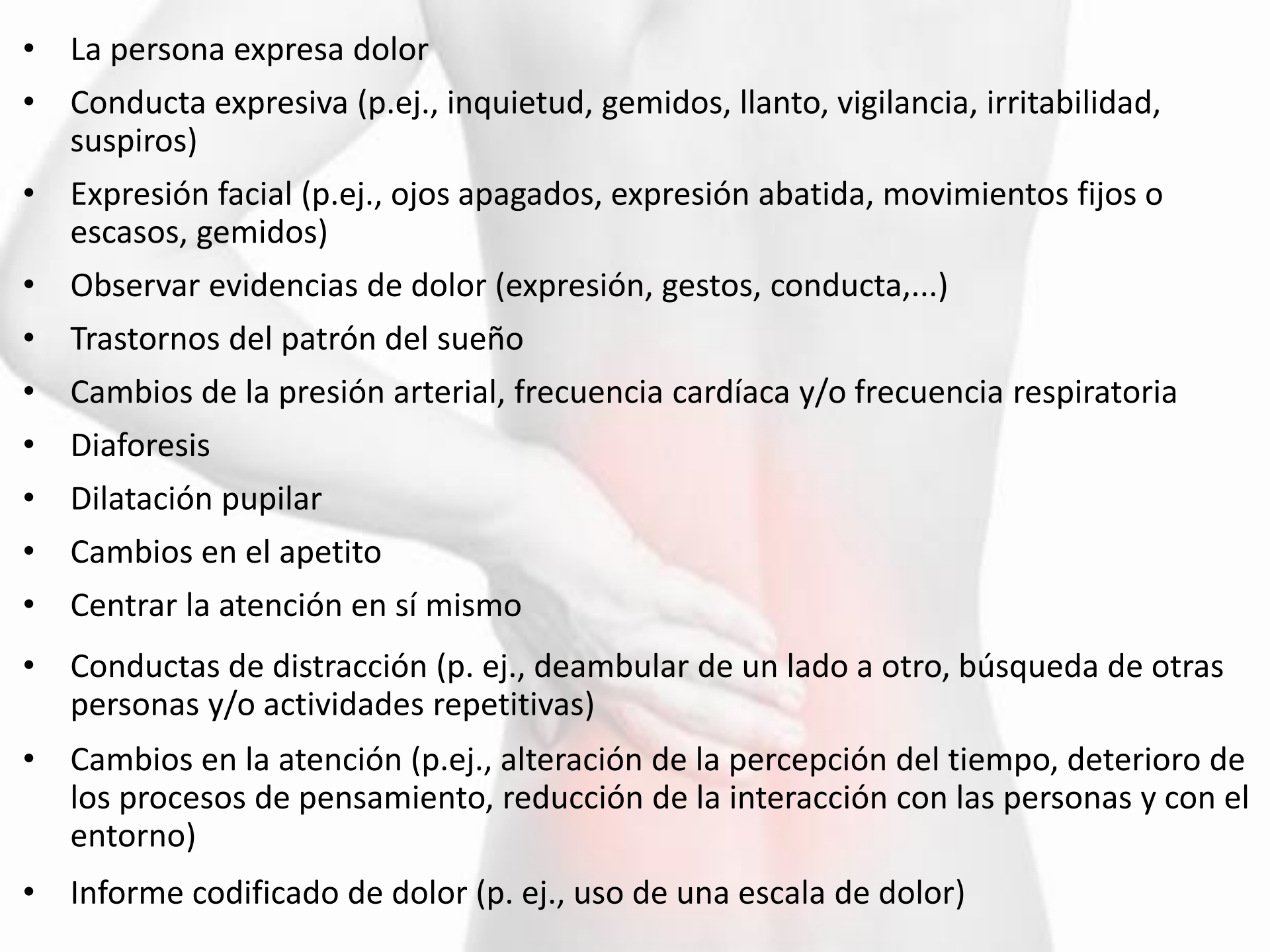
SECPAL/OMS: Principios en la administración de fármacos: no mezclar opioides mayores; no analgésicos de escalón 1 con los de escalón 3

Tratamiento del Dolor Crónico

- En ocasiones el dolor crónico se hace resistente al conjunto de analgésicos
- Uso de medios terapéuticos en **Unidades del dolor (UTD)**: estrategias
 - el uso de la misma medicación cambiando la vía de administración
 - medidas de neuroestimulación; bloqueos nerviosos,...
 - medidas más agresivas como técnicas neuroquirúrgicas
- Actuaciones y Tratamientos en las **Unidades del Dolor**:
 - Bloqueo periférico
 - Estimulación de nervios periféricos/TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) Programación de electrodos epidurales.
 - Perfusión endovenosa de fármacos bajo monitorización: Lidocaína,
 - Recargado de bombas de infusión externas.
 - Bloqueos loco-regionales (epidural y raquídea),...
- **Realización de técnicas de 4º escalón (técnicas invasivas)**
 - Colocación de catéter epidural con control de escopia
 - Colocación de catéter epidural/intratecal
 - Infiltración bajo control de escopia



Características definitorias

- 
- La persona expresa dolor
 - Conducta expresiva (p.ej., inquietud, gemidos, llanto, vigilancia, irritabilidad, suspiros)
 - Expresión facial (p.ej., ojos apagados, expresión abatida, movimientos fijos o escasos, gemidos)
 - Observar evidencias de dolor (expresión, gestos, conducta,...)
 - Trastornos del patrón del sueño
 - Cambios de la presión arterial, frecuencia cardíaca y/o frecuencia respiratoria
 - Diaforesis
 - Dilatación pupilar
 - Cambios en el apetito
 - Centrar la atención en sí mismo
 - Conductas de distracción (p. ej., deambular de un lado a otro, búsqueda de otras personas y/o actividades repetitivas)
 - Cambios en la atención (p.ej., alteración de la percepción del tiempo, deterioro de los procesos de pensamiento, reducción de la interacción con las personas y con el entorno)
 - Informe codificado de dolor (p. ej., uso de una escala de dolor)

...más características definitorias...

- Postura antiálgica y actitud postural precavida o defensiva: miedo a moverse
 - Alteración del tono muscular: de inmovilidad a rigidez (tendencia a evitar el movimiento si este provoca dolor)

Postura para evitar el dolor (antiálgica), Conducta defensiva. Gestos de protección

- Expresión facial de dolor: ojos apagados, mirada triste, muecas o gestos de dolor, movimientos fijos o intermitentes,...
- Trastornos del sueño: Insomnio
- Capacidad de atención y concentración disminuida, huida del contacto social, percepción del tiempo alterada
- Comportamiento: llanto, lamentaciones, desasosiego, inquietud...
- Cambios en el apetito e ingesta de alimentos: anorexia

Se puede evaluar a través de: Escalas

ESCALA NUMÉRICA

- oral
- escrita

El dolor, una de las consultas más frecuentes en atención primaria (AP), es a menudo intravalorado y, por tanto, se trata de forma insuficiente. Este artículo describe las escalas de medida del dolor que pueden emplearse en AP para mejorar su valoración y así optimizar el tratamiento analgésico.

Puntos clave

- 1 A pesar de que el dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria, en muchos casos se encuentra intravalorado y, por tanto, se trata de forma insuficiente, en especial en los pacientes que no se expresan verbalmente.
- 2 La evaluación del dolor es difícil por su subjetividad y complejidad, pero muy importante para lograr un tratamiento adecuado.
- 3 Para mejorar la evaluación del dolor, resulta útil emplear durante la entrevista clínica una escala de medida que sea válida, fiable y adecuada a cada paciente.
- 4 En los pacientes comunicativos, podemos utilizar las escalas unidimensionales como la escala visual analógica, la escala visual numérica o las escalas verbales descriptivas y las escalas multidimensionales, como el McGill.

El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria (AP) y la medicación analgésica, uno de los grupos farmacológicos más prescritos. A pesar de ello, múltiples estudios reflejan que con frecuencia se intravalora y, por tanto, se trata de forma insuficiente en AP. El primer paso para su tratamiento eficaz es detectarlo y valorarlo de forma adecuada. Para ello, es necesario comenzar por definirlo. Según el diccionario de la Real Academia Española, es "la sensación molesta y afectiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior" y, por otro lado, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como "la experiencia sensorial y emocional asociada o no a una lesión tisular". De ambas definiciones se deduce el carácter subjetivo y la complejidad de la experiencia dolorosa y, por tanto, la dificultad que entraña su valoración.

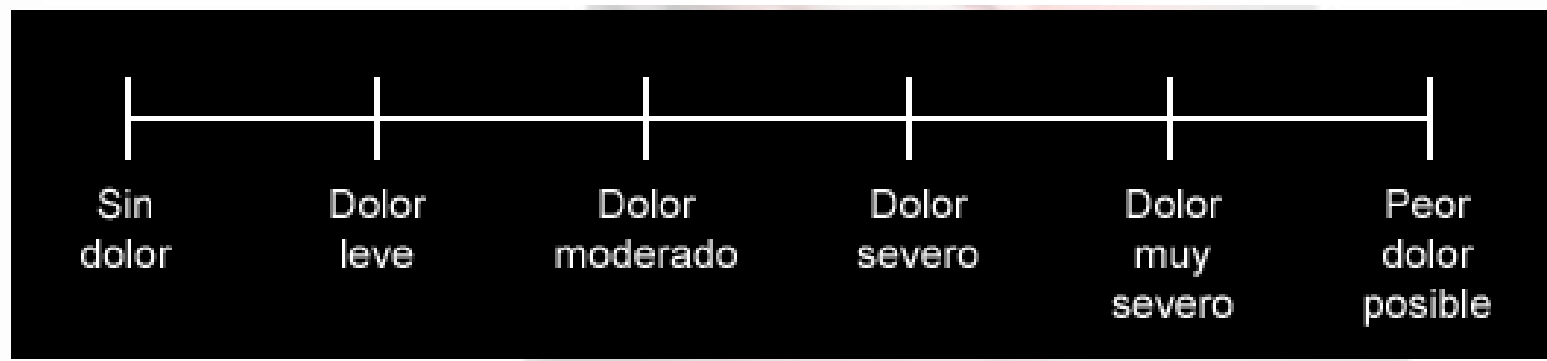
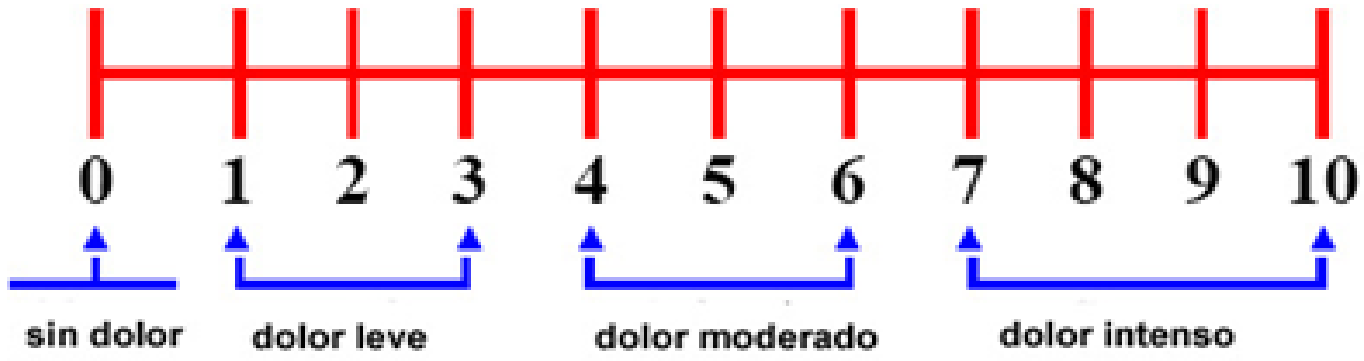
Dada su subjetividad, la declaración del paciente será la mejor fuente de información para evaluarlo. De esta forma, se supera la discrepancia entre lo que valora el médico y lo que siente el paciente. La mejor forma de evaluar el dolor es preguntar al paciente.

Dada su complejidad, hay múltiples barreras que deben superarse para evaluar correctamente el dolor. Una son obvias (como la incapacidad de expresión verbal), y otras más sutiles (como las barreras culturales, religiosas o la dificultad del paciente para comprender y expresar su sintomatología, entre otras).

El objetivo de este artículo es ofrecer al lector herramientas útiles que le permitan cuantificar el dolor percibido por el paciente para optimizar el tratamiento analgésico.

Escalas de medida del dolor

La mejor forma de evaluar el dolor es preguntar al paciente de una manera estructurada, en el marco de la entrevista clínica, cómo son sus características (localización, irradiación, inter-



Se puede evaluar a través de: Escalas

ESCALA ANALÓGICA VISUAL DEL DOLOR (VAS; EVA)



Se puede evaluar a través de: Escalas

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE EXPRESIONES FACIALES





Actividades y valoración de enfermería

Manejo del dolor

- **Valoración del Dolor:** necesidad de valoración global del paciente
- **Localización:** ¿Dónde le duele?, señale la zona de dolor...
 - Puede ser localizado, irradiado, referido, superficial o profundo
- **Intensidad:** Uso de Escalas de intensidad de dolor: ayudan a objetivar la intensidad
 - *analógica visual:* Ausencia de dolor (0), el dolor más intenso imaginable (10)
 - *descriptiva simple:* ausencia de dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso, dolor muy intenso, el peor dolor posible
 - *numérica graduada* de 0 a 10
 - 0= Ausencia de dolor, 5: dolor moderado y 10= el dolor máximo experimentadoEscalas adaptadas a niños,...
- **Cronología del dolor**
 - Inicio del dolor: ¿cuándo dónde comenzó?
 - Tiempo de duración: ¿desde cuándo?
 - Según el tiempo: agudo o crónico
 - Frecuencia del dolor: ¿Es continuo o intermitente?
- **Características- Calidad del dolor:** cómo lo percibe el paciente:
 - sordo, punzante, agudo, quemante, penetrante,...

Actividades Terapéuticas para manejo del dolor

- **Aportar información sobre el dolor**

- Explicar al paciente/familia, si se conoce, la causa del dolor, duración, medidas y tratamientos...
- Ofrecer información sobre el tratamiento del dolor
- Explicar siempre las pruebas diagnósticas y las molestias o sensaciones que las acompañan
- Valorar si paciente y/o familiares tienen ideas erróneas sobre dolor y fármacos
- Informar al paciente que debe comunicar el dolor, sin esperar hasta que sea de elevada intensidad (peor respuesta a la analgesia)

- **Manifestar al paciente que se acepta su dolor**

- Mantener una actitud de empatía, reconocer su dolor, escuchar,...
- Valorar con la familia aspectos del dolor del paciente, corregir ideas erróneas, informar a la familia,...

- **Controlar los factores precipitantes del dolor**

Actividades Terapéuticas para manejo del dolor (cont.)

- Reducir o eliminar los estímulos nocivos
 - Planificar correctamente los cuidados de enfermería, evitando cansar o hacerlo en los “mejores momentos” del paciente, cuando esté descansado, sin dolor....
 - Programar períodos de descanso y sueño
 - Procurar el confort del paciente, cuidando el entorno en la habitación:
 - ✓ temperatura, ropa de cama, ambiente, luz, música, silencio, evitar ruidos, reducir estímulos,...
 - Administrar medicamentos, según orden médica, antes de realizar actividades dolorosas: ejercicios respiratorios, movilización de articulaciones, caminar, movilizar, etc.
 - ✓ Facilitan la colaboración del paciente al tratamiento y mejora su efectividad
 - ✓ Un buen control de dolor postoperatorio reduce el riesgo de complicaciones; reduce estancia hospitalaria,...

Actividades Terapéuticas para manejo del dolor (cont.)

- Enseñar métodos alternativos de control del dolor
 - Técnicas de distracción del paciente
 - Mantener un entorno agradable y tranquilo
 - Técnicas de relajación: utilizar, si el paciente está de acuerdo: música, lectura, juego, conversación,...

Enseñar métodos de control del dolor: relajación, distracción
respiraciones lentas, profundas y rítmicas
contar mentalmente, imaginación dirigida, ...
contar los objetos de su alrededor
escuchar música
apretar los puños



EDUCACIÓN AL PACIENTE-FAMILIA

- **Enseñar al paciente y familia y practicar con ellos:**
 - Técnicas de relajación y control del dolor no agresivas: relajación, masajes, distracción, ...
 - Otras medidas no invasivas de alivio del dolor
 - Seleccionar acciones para cada paciente concreto
- **En dolor crónico rebelde: tratamiento en las Unidades del Dolor**
 - Dolor crónico de origen neuropático, oncológico, etc.
 - Múltiples alternativas farmacológicas y no farmacológicas
 - Siempre es posible encontrar alivio al sufrimiento del paciente
- **Dolor: tratamiento causal, variable, según etiología**
 - Tratamiento de la causa
 - Tto. del síntoma en sí mismo (dolor crónico)
 - Tto. de los efectos del dolor en todas las esferas de la persona
 - El tratamiento correcto del dolor requiere más que la sola administración de analgesia farmacológica
 - Contacto y ayuda terapéutica, técnicas de relajación,...

➤ Patrón de Percepción-Mantenimiento de la salud

- Signos externos de dolor: Expresión facial, gestos, llanto, postura antiálgica, inquietud, puños y/o dientes apretados,
- Experiencias pasadas del dolor: ¿ha tenido dolor en otras ocasiones?, ¿cómo fue?, ¿qué recuerdo tiene de aquello?
- Cuál es el problema causante del dolor (si se conoce)
 - Factores desencadenantes
 - ¿Hay algún factor que desencadene o aumente el dolor?
- Acciones del paciente para mejorar el dolor
 - ¿Qué medidas ha utilizado para aliviar el dolor?
Posturales, acupuntura, calor, masajes, etc.
 - ¿Qué fármacos utiliza para el dolor?, ¿Cómo es su eficacia?
 - ¿Ha presentado efectos secundarios por los fármacos?, ¿de qué tipo?

➤ Patrón de Sueño

el dolor le produce: ¿Insomnio o problemas para conciliar el sueño, descansar correctamente?

➤ Patrón actividad-ejercicio

- ¿El dolor le impide realizar su autocuidado y sus actividades de la vida diaria?
- *Dolor agudo*: signos de respuesta autónoma fisiológica:
 - aumento de frecuencia cardiaca, respiración y presión arterial, sudoración, palidez,...
- *Dolor crónico*: no provoca cambios fisiológicos, adaptación del organismo al estrés del dolor
- ¿El dolor impide el movimiento?
 - Movilidad: es completa o limitada, postura antiálgica
 - El dolor puede limitar el movimiento, aunque no existan alteraciones musculares o esqueléticas
- Tono muscular: contractura, espasmo muscular:
 - ¿Adopta postura antiálgica?
- Astenia, fatiga, asociado al dolor

➤ Patrón nutricional-metabólico

- Respuestas frecuentes al dolor: anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, ...
 - En procesos inflamatorios: Valorar signos cutáneos inflamatorios: enrojecimiento, calor local, edema, eritema, sudoración excesiva, exudados

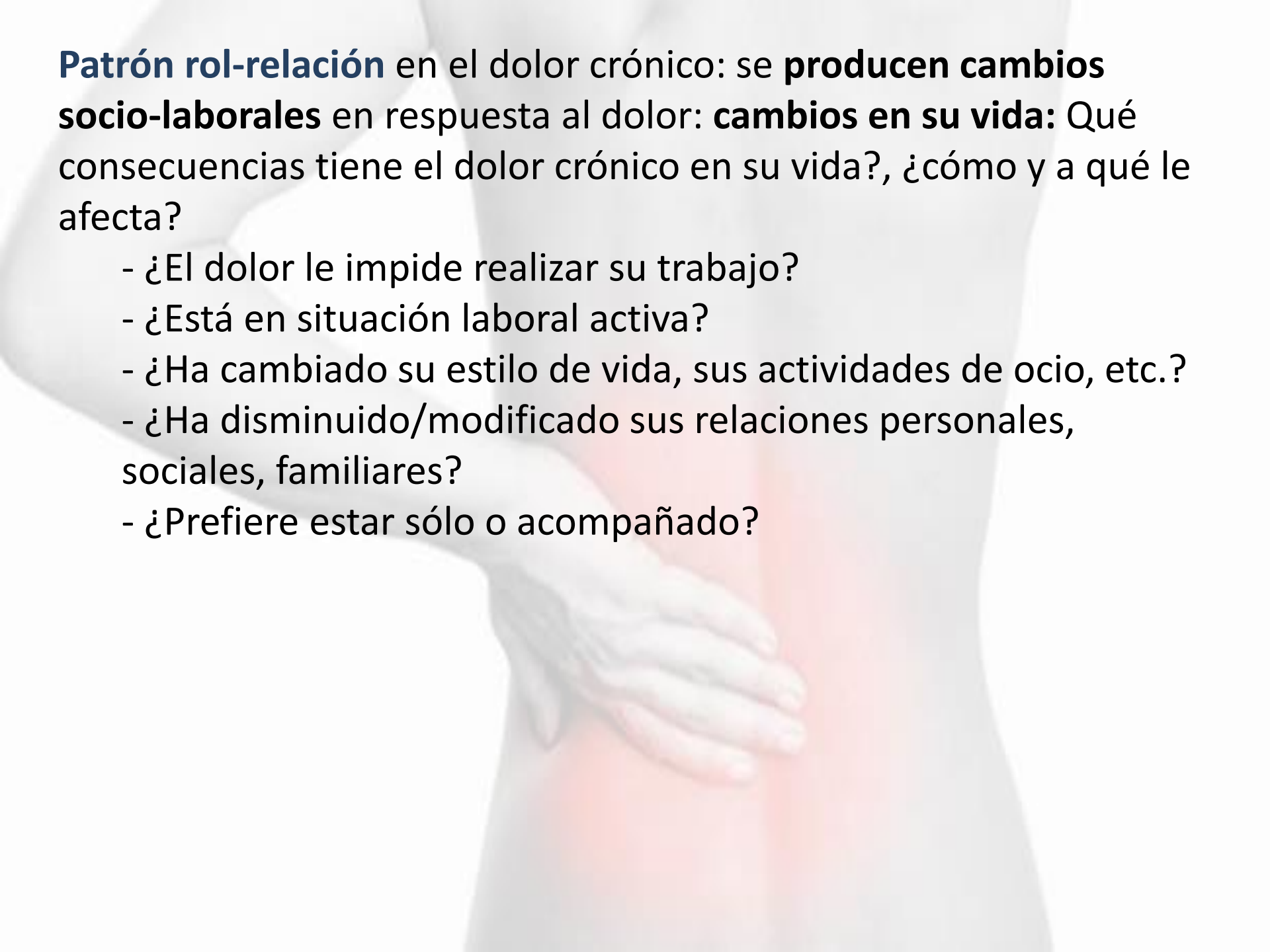
➤ Patrón eliminación

algunos fármacos (narcóticos) producen efectos secundarios:

- Opiáceos: estreñimiento, y/o retención urinaria

➤ Patrón cognitivo-perceptivo valoración del dolor, intensidad, localización, características, ...

- Comportamiento: cambios de conducta
- Valorar si hay alteraciones sensitivas: según causa del dolor puede presentar trastornos sensitivos: en dolor irradiado: parestesias, hormigueos



Patrón rol-relación en el dolor crónico: se **producen cambios socio-laborales** en respuesta al dolor: **cambios en su vida**: Qué consecuencias tiene el dolor crónico en su vida?, ¿cómo y a qué le afecta?

- ¿El dolor le impide realizar su trabajo?
- ¿Está en situación laboral activa?
- ¿Ha cambiado su estilo de vida, sus actividades de ocio, etc.?
- ¿Ha disminuido/modificado sus relaciones personales, sociales, familiares?
- ¿Prefiere estar sólo o acompañado?