Revista El Dolor 69
32-34; 2018

# De la Subjetividad del Dolor a una Evaluación Multidimensional de Enfermería

*Dos Santos, Sergio [1]; Grance, Gladys [2]; Llanos, Victoria [3]*

## Resumen

Parte del rol de enfermería en Cuidados Paliativos es cuidar, identificando las necesidades de la unidad de tratamiento (el paciente y la familia). Es decir, evaluar exhaustivamente, explorando no solo aspectos físicos sino también las esferas culturales, sociales y emocionales que muchas veces interfieren en el componente físico, de tal manera que la sensación subjetiva de dolor es mayor que lo meramente biológico. Para lograr el alivio del dolor de la Sra. C.V., fue de vital importancia planificar los cuidados de manera interdisciplinaria, apoyar al equipo básico de atención, crear un vínculo de empatía y escucha activa, teniendo en cuenta la barrera cultural; y ser muy claro, preciso, cercano y persistente.

**Palabras clave:** dolor total, rol de enfermería, evaluación multidimensional.

## Abstract

Part of the role of nursery in Palliative Care is caring identifying the needs of the patients and their families, making a deep evaluation to explore not only the physical aspects but also the cultural, social and emotional spheres. These components, many times, interact with the physical one and make the subjective sensation of pain, more severe than the purely biological mechanism. The pain relief of Miss C.V. was achieved by an interdisciplinary care, the support of the basic care team, the creation of an emphatetic bond, an active listening and the consideration of the cultural barriers.

**Key word:** total pain, nursing role, multidimensional evaluation.

*(1) Licenciado en enfermería, docente en curso de Posgrado Pallium Latinoamérica, integrante del Programa de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas "José de San Martín, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.*
*(2) Licenciada en enfermería, docente en curso de Posgrado Pallium Latinoamérica. Buenos Aires. Argentina.*
*(3) Licenciada en enfermería, docente en curso de Posgrado Pallium Latinoamérica, integrante del Programa de Cuidados Paliativos de Instituto Lanari, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.*

## Introducción

El dolor es definido por la International Asociation for the Study of Pain (IASP) como "una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales". Esta nueva definición propone integrar al estudio y a la atención clínica del dolor, elementos que han sido encontrados por la investigación en los últimos cincuenta años (1). Una diferencia importante entre el dolor agudo y crónico es que en el primero, el dolor es un síntoma de la enfermedad, mientras que en el dolor crónico, el propio dolor es la enfermedad.

El dolor oncológico es aquél atribuible al cáncer o su tratamiento. Suele ser crónico, con crisis recurrentes de dolor agudo (Gómez Batiste, X; et al; 1996: 135).

No puede trazarse una línea divisoria clara entre lo que los diferentes miembros del equipo hacen por el paciente con dolor. Parece haber un gran solapamiento en el funcionamiento de los distintos miembros del equipo, tal como debería ser si se emplea un enfoque interdisciplinario. Desde un punto de vista práctico, el papel único de la enfermería en el cuidado de las personas con dolor puede distinguirse de otros miembros del equipo por la presencia continua de la enfermería junto al paciente, que pasa más tiempo con las personas con dolor, que ningún otro miembro del equipo de salud. Aunque el cuidado de los pacientes con dolor es idealmente interdisciplinario, en muchos casos los cuidados de enfermería son la piedra angular.

En los programas bien desarrollados de control del dolor está perfectamente reconocido el papel de enfermería (Mc Caffery, 1992).
Para proporcionar cuidados acordes a las necesidades de la unidad de tratamiento se requiere de formación específica en Cuidados Paliativos, ya que la problemática a la que nos enfrentamos tiene características propias, los sujetos padecen enfermedades que amenazan la vida. Esto implica estar atentos a los cambios dinámicos, replantearse objetivos claros, detectar necesidades, atender a los detalles y obtener una mirada global que incluye todas las dimensiones de la persona.
Caso clínico: La Sra. C.V., 52 años, es oriunda de Filipinas, está separada de su esposo hace varios años y tuvo tres hijos. Reside en Argentina desde hace cuatro años por razones laborales. En la actualidad vive con una amiga.

**Antecedentes:** Síndrome anémico de reciente diagnóstico, tratada con sulfato ferroso 200 mg más ácido fólico. Diagnóstico de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado G2 de cuello uterino, estadio II b izquierdo. AP: marzo 2018.
Consulta al servicio de guardia de ginecología hace 72 horas por intenso dolor abdominal que no cede con el actual esquema analgésico: tramadol 50 mg c/ 8 horas, pregabalina 75 mg/día y hioscina butilbromuro 10 mg a demanda. Luego de la evaluación y exámenes clínicos (Lab: HTO: 16,7 HB: 5,3), el servicio de ginecología decide internación para reposición de Glóbulos Rojos (GR) con transfusión de 2 Unidades de GR y optimización del tratamiento analgésico vía oral: tramadol 100 mg c/ 8 horas, pregabalina 25 mg a la mañana y 150 mg a la noche y hioscina butilbromuro 10 mg cada 8 horas. Tras la falta de respuesta al tratamiento solicitan la interconsulta al Programa de Cuidados Paliativos.

**Primera evaluación por CP:** La médica del equipo evalúa dolor intenso, no controlado y rota el opioide a solución de morfina 5 mg cada 4 horas (vía oral), sosteniendo igual tratamiento coadyuvante.
La primera evaluación de enfermería fue realizada veinticuatro horas después, con el objetivo de evaluar síntomas y respuesta al tratamiento. La paciente se encuentra lúcida, ECOG 3, Barthel: 60/100, con dificultad para entablar diálogo por diferencia de idioma. Refiere dolor constante en región abdominal, localizado en hipogastrio, que se irradia a fosa iliaca izquierda y región lumbar. Impresiona nociceptivo somático con componente neuropático. Lo describe como “punzante e intenso”.
La intensidad del dolor solo había disminuido ligeramente luego de iniciar tratamiento con morfina (basal en reposo de 3/10), que se exacerba a intensidad de 8/10 antes de recibir dosis analgésica de morfina y ante la movilización. Refiere apetito conservado, movilizar intestino a diario (deposiciones dificultosas por heces duras), aburrimiento por falta de compañía y buen descanso.
Se decide en equipo aumentar dosis de morfina a 10 mg cada 4 horas, paracetamol 1 g cada 8 horas, mantener igual dosis de pregabalina, agregar laxante. (Lactulosa 10 ml día) y suspender hioscina.
A la paciente se le dio el alta ese mismo día, una vez aliviado el dolor.
Monitoreo telefónico 48 hrs. después: La paciente refería dolor intenso. Le asignamos un turno para el día siguiente por evaluación telefónica dificultosa.
En turno, reevaluamos dolor y otros síntomas. Los instrumentos de referencia utilizados para la valoración de síntomas fueron Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), escala numérica (EN) y la entrevista.
En relación a la morfina, no había comprendido la indicación y tomaba 0,2 ml de morfina (5 por 1000) cada 4 horas y la indicación había sido 2 ml de solución de morfina. Refería dolor 10/10 (EN), el ECOG era 1, y Barthel 100/100. Refería constipación de 48 horas de evolución. No había tomado el laxante. Se analizan otros factores que influyan en el umbral del dolor.
Manifestó preocupación por la enfermedad y el tratamiento. Tiene expectativas de que le realicen estudios y tratamiento. Conoce su diagnóstico. Habla de “tumor malo” y desea que se la pueda intervenir quirúrgicamente. El plan oncoespecífico, por el momento, es de iniciar radioterapia (RT).
Entre otras cosas, dice: “cuando me pongo triste duele”, “cáncer es morir”, “¿por qué tengo que tener miedo a morir?”, “yo voy a aceptar”.
Se dispuso de mayor tiempo, a fin de intentar detectar necesidades. Aparecieron dudas y miedos vinculados a tomar medicación reglada. Las paciente expresa cosas como “Si estoy sin dolor por tantos calmantes, pronto no tendrán nada para ofrecerme”, “mis amigas dicen que mucha morfina terminará dañando mis órganos”. Se habla de mitos vinculados a opioides y calidad de vida. Extraña a sus hijos y planifica regresar a Filipinas cuando finalicé el tratamiento de RT.
La paciente refirió estar sin dolor al finalizar la entrevista. No se tituló con opioides, no se administró otro analgésico, se resaltó la importancia de tratamiento laxante. Se acordó con médica tratante continuar con dosis de morfina de 5 mg cada 4 horas, más rescates de 2,5 mg si dolor y resto de tratamiento sin cambios. Se retira con turno para seguimiento con el resto de los integrantes del equipo (trabajadora social, médica).

## Discusión

Es necesario analizar la efectividad de una correcta evaluación del dolor, prestándole especial atención a las distintas dimensiones que atraviesan a un sujeto de atención, con enfermedad crónica oncológica en estadio avanzado.
No es suficiente la indicación médica y adecuar el tratamiento farmacológico si no se evalúan otras situaciones que atraviesan a la persona con dolor crónico. La clave para el control del dolor estuvo en una evaluación de enfermería que estuvo atenta a los detalles, la gestión y atender las dificultades en el control sintomático: la barrera cultural, generar un vínculo empático, instruir al médico residente para gestionar el alta, trabajar interdisciplinariamente, monitorear telefónicamente y, fundamentalmente, ofrecer un espacio de escucha activa con tiempos para abordar preocupaciones que exacerbaban el dolor de la paciente, sus dudas, temores, y su deseo de regresar a su país de origen y volver a ver a su familia.
El haber evaluado holísticamente a la paciente favoreció al control del dolor, y acompañarla durante el proceso de enfermedad y tratamiento ayudará a que pueda cumplir sus metas.

## Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 30 de julio 2018, aceptado para publicación el 26 de octubre 2018.

Correspondencia a:
Dr. Sergio Dos Santos Gomes
Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires.
Buenos Aires. Argentina.
E mail: sergioe74@yahoo.com.ar

## Referencias Bibliográficas

(1) Gómez Batiste, X; Planas Domingo, J; Roca Casas,J; ViladiuZuemana,P, Cuidados Paliativos en Oncología.Edit. JIMS, 1996. España.

(2) López-Sánchez JR, Rivera-Largacha S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. RevCiencSalud.2018;16(2):340-356.Doi: http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/ revsalud/a.6773

(3)McCaffery, M; Beebe, A. Dolor Manual clínico para la práctica de enfermería. Salvat, 1992, España.

(4) http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015

(5) http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-version-espanola-del-edmonton-symptom-S1134248X13000529

(6) http://www.1aria.com/docs/sections/ayudaRapida/ayudaDiagnostico/ESCALAS%20VALORACION%20DOLOR.pdf

(7) http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuidados-paliativos-la-valoracion-multidimensional-13027625

NUEVO

# Coxidol®

Etoricoxib 60 y 120 mg

**Libre de dolor por más tiempo**

## Coxidol® está indicado en:[1]

- Alivio del dolor agudo
- Alivio sintomático de la:
  - Artrosis (OA)
  - Artritis Reumatoide (AR)
  - Espondilitis Anquilosante (EA)
- Tratamiento a corto plazo del dolor moderado asociado a cirugía dental
- Tratamiento de la dismenorrea primaria
- Dolor y signos de inflamación asociados a la artritis gotosa aguda

## Es seguro...

- 95% de buena tolerabilidad etoricoxib en pacientes con historia de intolerancia a AINEs[2]

## Es cómodo...

- Única dosis diaria[1]
- Puede administrarse con o sin alimentos[1]
- No es necesario ajuste de dosis en personas de edad avanzada[1]

Único con Código QR, que permite escuchar el folleto

teva

Referencias
1.- Folleto médico Coxidol®
2.- Genevieve V; Etoricoxib: a safe alternative for NSAID intolerance in Asian patients; Asian Pac J Allergy Immunol 2013;31:330-3

LABORATORIOCHILE.