



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

"Atención de enfermería en el Control de Dolor del paciente de cuidados paliativos"

Alumno/a: María Esperanza García Santiago.

Tutor/a: Prof^a Maria José Calero García.

Coo-tutor/a: Rosa Maria Campos Medina

Dpto: Enfermería

Abril, 2016

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mí tutora, María José Calero García, por su ayuda y colaboración durante estos meses para la realización de este trabajo tan importante en mi trayectoria académica dentro de la enfermería.

En segundo lugar, gracias a todos mis profesores, coordinadores y tutores que he tenido durante estos años de prácticas, por trasmitirme todos sus conocimientos y formarme como una buena profesional, aportándome experiencias y formándome en valores.

Y por último, pero no menos importante, gracias a mi familia, sobre todo a mis padres por ayudarme a alcanzar este sueño y por su apoyo en los momentos más difíciles. Un sueño que hace 4 años se veía muy lejano y ahora lo estoy rozando con las yemas de mis dedos.

Gracias a todos.

INDICE:

1. Introducción	5
2. Justificación	7
3. Metodología	7
4. Marco teórico.....	8
• 5.1 El paciente paliativo.....	9
• 5.2 Presencia de síntomas y control de síntomas.....	10
• 5.3 El dolor.....	13
• 5.4 Control del dolor.....	16
• 5.5 Instrumentos para la medición del dolor	18
• 5.6 Medidas farmacológicas y no farmacológicas.....	20
5. Situación actual.....	22
6. Caso clínico.....	24
• 7.1 Presentación del caso.....	24
• 7.2 Valoración de enfermería.....	25
• 7.3 Plan de cuidados de enfermería.....	26
• 7.4 Resultados.....	31
7. Discusión.....	32
8. Conclusiones.....	33
10. Bibliografía.....	35

1. Resumen:

EL dolor es una sensación ligada a las etapas finales de una enfermedad. La investigación sobre los cuidados paliativos y su desarrollo como disciplina es un hecho relativamente reciente, los cuales son aplicados en los casos donde los pacientes no responden a procedimientos curativos. Una persona que se encuentre en situación terminal sus necesidades cambiarán y su nivel de dependencia aumentará, el hecho de padecer dolor hará que el estado del paciente sea aun peor. El objetivo del presente trabajo es pretender valorar las ventajas, desde el ámbito de la enfermería, que proporciona el buen control y medición del dolor durante la última etapa final de la vida así como influye en la calidad de vida del paciente y de su familia y comprobar los recursos con los que cuenta la enfermera/o para ello. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema y se ha completado con la realización de un caso clínico, a través del cual hemos visto como se aplica en nuestro contexto, Jaén, la evaluación y control del dolor dentro de los cuidados paliativos.

Palabras clave: *Dolor, paliativo, enfermedad, control y terminal.*

ABSTRACT

The pain is a sensation linked to the final stages of a disease. Research on palliative care and its development as a discipline is a relatively recent fact, which are applied in cases where the patients do not respond to curative procedures. A person who is terminally ill his needs change and increase his level of dependence, the fact of suffering pain will make the patient's condition is worse. The objective of this study is to try to assess the advantages, from the field of nursing, which provides the good control and measurement of pain during the last final stage of the life and how affects the quality of life of patients and their families and check the resources available to the nurse for do it. For it has been made a literature review about this theme and is completed with the completion of a case, through which we have seen as applied in our context, Jaen, the assessment and management of pain in palliative care.

Keywords: *Pain, palliative, disease, control and terminal.*

2. Introducción:

La Asociación Internacional para el Estudio del dolor (IASP) define el término de dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, que está asociada a una lesión tisular real o potencial”. ⁽¹⁾ Por lo tanto, podemos decir que el dolor es un término subjetivo que solo puede ser evaluado por aquel que lo sufre, usando instrumentos validos y adecuados a cada situación de cada persona.

La mayor importancia del dolor es debida a que es un “mecanismo de defensa”, similar a una señal de alarma que intenta aumentar la supervivencia del individuo. Las principales consecuencias de este sentimiento desagradable son la ansiedad, la depresión, el sufrimiento y la desesperación.

En la percepción del dolor participan el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico (SNP). Se consigue a través de un conjunto de nociceptores junto con una serie de vías nerviosas aferentes que responden a los estímulos nociceptivos tisulares, aunque esta nocicepcion puede verse influida por otros factores (psicológicos).

Según un estudio sobre la prevalencia del dolor en pacientes, se evidenció la presencia del dolor (medida en las últimas 24 horas) en un 61,4 % (sin distinción de sexo). Aquellos pacientes postquirúrgicos presentaban mayor prevalencia de dolor que los no quirúrgicos siendo la intensidad moderada ⁽²⁾. Otro estudio sobre el dolor de los pacientes hospitalizados ⁽³⁾ demostró que los porcentajes de pacientes con dolor moderado-severo en los distintos ámbitos fueron los siguientes:

- 38.8% en el área médica.
- 62.2% en el área quirúrgica.
- 32.4% en psiquiatría.
- 56.6% en pacientes ingresados en el área de larga estancia.⁽³⁾

Un buen control del dolor, además de poder disminuir costes, mejorar la calidad asistencial, disminuir complicaciones secundarias y proporcionar confort, es

una necesidad que los pacientes cada vez demandan solucionar con más frecuencia. El buen manejo del dolor comienza con un correcto cribado en busca de su presencia, así cabe resaltar que la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitaria (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations) propone la valoración del dolor como quinta constante vital de los pacientes ⁽⁴⁾, así esta misma en 2011 publicó sus Pain Assessment and Management Standards para requerir su cumplimiento.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) empuja a considerar el dolor como un derecho humano. A modo de ejemplo el Colegio de Anestesiólogos de Australia y Nueva Zelanda (ANZCA) han establecido los derechos del paciente contra el dolor, tales como:

1. El derecho a ser creído.
2. El derecho a una evaluación y tratamiento adecuado.
3. El derecho a que registren periódicamente los resultados de la evaluación.
4. El derecho a ser atendidos por profesionales sanitarios con la correcta formación y experiencia en la evaluación y tratamiento del dolor.
5. Derecho a una serie de estrategias adecuadas y eficaces contra el dolor.
6. Derecho a recibir educación sobre medidas alternativas contra el dolor y en cada caso en particular.
7. Derecho a una planificación adecuada contra el dolor después de recibir el alta de los cuidados inmediatos ⁽⁵⁾.

La investigación sobre los cuidados paliativos y su desarrollo es relativamente reciente en cuanto a su surgimiento como una nueva disciplina. Gracias a Cicely Saunders (médica, trabajadora social y enfermera) propone la innovadora forma de cuidado de los pacientes: Los cuidados paliativos. Ella misma es la que comienza las primeras investigaciones sobre el dolor y su tratamiento. Y es en 1964 donde define el dolor total como aquel “que contiene los siguientes elementos:

a) Físicos (daño tisular, compresión nerviosa, etc.)

- b) Emocionales (depresión, insomnio, desfiguración, enfado, fatiga crónica)
- c) Sociales (pérdida de la posición social, problemas económicos)
- d) Espirituales (sensación de culpabilidad, reproches e inseguridad ante la muerte)” ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾

3. Justificación:

La decisión de la realización de este trabajo ha sido fundamentalmente mi paso como enfermera de prácticas en dos plantas con pacientes con cuidados paliativos, durante el curso 2014/2015 en el Hospital de San Rafael de Granada y el curso 2015/2016 en el Hospital Dr. Sagaz de Jaén. Donde pude conocer otro ámbito de la medicina y en especial de la enfermería. Comprobé la necesidad de la evaluación del dolor para lograr su control, ya que la mayor parte del estado de nuestros pacientes viene determinado fundamentalmente por el grado del dolor que estos padezcan. Considero que es un tema en vías de expansión y que las enfermeras deberían de contar con más medios de formación y más tiempo de estudio sobre esta rama de la enfermería. Ya que la variedad de nuestros cuidados repercute directamente sobre la calidad de vida de nuestro paciente, la cual viene muy determinada por el mayor o menor grado de dolor que padezcan.

4. Metodología:

El objetivo de mi presente trabajo es reunir y reflejar toda la posible información sobre la evidencia científica disponible actualmente sobre el control del dolor en la situación terminal del enfermo.

Durante el desarrollo de la investigación y la realización del trabajo (revisión bibliográfica narrativa junto con caso clínico) he consultado diversas bases de datos, tales como: Cuiden, Cochrane Plus, Pubmed, Scielo... Y he utilizado diversos recursos tales como Google Academics (para documentos sobre la OMS, Ministerio de Sanidad Española), la revista de la Sociedad Española del Dolor (SED) y diversos libros de contenido científico.

Las palabras claves utilizadas para mi búsqueda fueron las siguientes: Dolor, paliativo, control, enfermedad y terminal. Combinándolas de diversa manera (español e ingles) para conseguir diferentes cadenas de búsqueda y mayores resultados, con una fecha desde Noviembre del 2015 a Marzo del 2016.

Tabla I: Restricciones del estudio.

Población de estudio	Restricción de idioma	Restricción de tiempo	Tipo de estudio	Disponibilidad	Aplicados
Enfermos en situación terminal	Español e inglés	1979-2016	Sin restricción	Gratuitos	A seres humanos

Fuente: Elaboración propia, 2016.

Las limitaciones encontradas fueron diversas, en cuanto a la disponibilidad de documentos las limitaciones fueron escasas ya que es un tema investigado desde hace varios años y en los últimos años con una fuerte crecida de expansión y por lo tanto con mas cantidad de estudios, sin embargo, una cantidad importante emitían juicios éticos y opiniones personales y por otra parte la gran cantidad de documentos eran en ingles y pocos en castellano.

5. Marco teórico:

Con el paso del tiempo y el comienzo del siglo XXI han surgido cambios y progresos tanto científicos como tecnológicos que han dejado huella sobre la salud y el cuidado de las personas próximas a la muerte. La muerte paso de ser un hecho que se vivía en casa con la familia, a un evento que por normas generales actualmente sucede en los hospitales.

Gracias a Saunders en el año 1842 se utilizo el término “hospices”, que hacía referencia a pacientes terminales en Lyon, Francia. Es en 1967 cuando se inaugura el primer hospice en el sur de Londres. Anteriormente se puso en marcha el “el movimiento hospice” que es lo que da lugar a los actuales “cuidados paliativos” ⁽⁸⁾

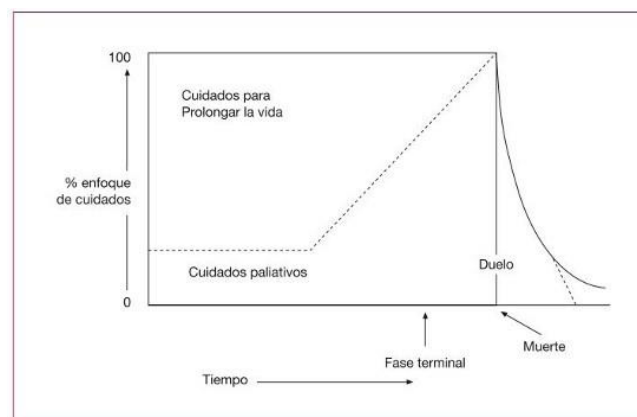
El ser humano a lo largo de toda su historia ha interpretado el término sufrimiento de diversas maneras, pero en cuanto, a aquel sufrimiento que va a asociado a la enfermedad ha intentado evitarlo. El término “muerte” sigue siendo un hecho que acompaña de manera indisoluble a la vida, son muchos de los enfermos que son diagnosticados en periodos avanzados de la enfermedad, o que el curso de la misma que finalmente desembocara en la etapa final de la enfermedad y finalmente en la muerte.

5.1 El paciente paliativo.

El cuidado paliativo es aquel cuidado que se dispensa con el fin de ser un cuidado activo y total hacia pacientes con enfermedades que limitan la vida (incluyendo a su grupo familiar) a partir de un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad no responde a terapéuticas curativas o que permitan prolongar la vida (WHO, 1990). La paliación del dolor severo al final de la época de la vida y la llegada a la muerte es muy aceptada con el uso de tratamientos con opioides pero siempre se deberán de tener en cuenta las dosis, la situación del paciente así como sus efectos adversos. ⁽⁹⁾

La palabra “paliativo” deriva de la palabra *pallium*: palio, capa, manto. Así con los cuidados paliativos lo que quedaría totalmente cubierto es el *confort*. Sin embargo, estos cuidados van mucho más allá del alivio de síntomas físicos, integra diferentes dimensiones del cuidado: física, psicológica, social y espiritual, de tal modo que permite facilitar al paciente no sólo morir en paz, sino vivir tan activamente como sea posible hasta el momento final⁽¹⁰⁾.

Figura I: Tiempo en relación al % de enfoque de cuidados



Fuente: Guía de práctica clínica de los cuidados paliativos (Ministerio de Sanidad Español)

Según múltiples publicaciones podemos decir que el paciente paliativo o paciente terminal es aquel que posee una enfermedad progresiva, avanzada e incurable, que no responde a un tratamiento específico, donde existe la presencia de problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. Lo que proporciona un gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico. Y donde el pronóstico de vida es inferior a 6 meses. Así cabe resaltar que el aumento de enfermos crónicos es uno de los cambios más significativos del perfil epidemiológico mundial del siglo XXI.

5.2 Presencia de síntomas y control de síntomas en la fase terminal

Un equipo interdisciplinar atiende a este conjunto de enfermos para poder alcanzar los objetivos propuestos. El labor de la enfermería en este ámbito debe de estar caracterizado por su excelencia. En la totalidad de la enfermedad requiere ayuda nuestro paciente, pero en cuanto en la fase terminal requiere una ayuda más cercana y específica. Se marcaran unos objetivos compatibles tanto con el paciente como con la familia, en lo que engloba al alivio del dolor y teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Los resultados de la valoración.
- Las características del dolor.
- Los factores físicos, psicológicos y socioculturales que acompañan la experiencia del dolor.
- Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas.
- La etiología de los síntomas.
- La intervención para el manejo del dolor.
- Los principales planes de cuidados y futuros.⁽¹¹⁾

Muchas veces por la falta de control de los síntomas al final de la vida contribuye a la existencia de un mayor sufrimiento, su tratamiento en fases avanzadas en la enfermedad debe de ser una prioridad. Así, la presencia de síntomas como son la ansiedad o la depresión son asociados a mayores niveles de síntomas somáticos. El control de síntomas es un objetivo asistencial, lo que significa, que es primordial una buena valoración del número y del grado de síntomas que paciente padece.^{(12)(13).}

Los cuidados paliativos reúnen las siguientes características:

1. Son centrados en el paciente, más allá de la enfermedad.
2. Aceptación de la muerte y aumento de la calidad de vida.
3. Integración entre paciente, familia y personal sanitario.
4. Centrados más en la “sanación” que en la “curación”. Lo que quiere decir que se trata de ampliar los objetivos de curación y alivio sintomático de la medicina tradicional y de alcanzar un estado opuesto al sufrimiento físico, psíquico, social y espiritual ⁽¹⁴⁾.

“No se puede morir curado, pero se puede morir sanado” (Kübler Ross).

Según la Real Academia Española (RAE) se define el término síntoma a un fenómeno revelador de enfermedad o señal de inicio de que algo está sucediendo o que va suceder.

Figura II: Equipo ideal para el control de síntomas.



Fuente: Evaluation of palliative care services and programs. (Medwave, 2007)

En el paciente con una enfermedad terminal la asistencia que se le dispensara abarcara mucho más que el control de los síntomas, englobara en su totalidad un cuidado “bio-psico-social” el cual incluye:

- Cuidado del paciente, facilitando la adaptación al progresivo deterioro físico y a la proximidad del final de su vida.
- Cuidado de la familia y los cuidadores, adaptándose a la realidad del ser que va a morir.

Así el control de los síntomas es uno de los componentes esenciales y primordiales como instrumento fundamental en cuidados paliativos.

Para el control de los síntomas la estrategia de base científica para lograr un buen control de síntomas se resume con la palabra **EMA** ⁽¹³⁾.

- ❖ Evaluación y explicación.
- ❖ Manejo terapéutico y monitoreo.
- ❖ Atención en los detalles.
- ❖ Atención a los detalles

Tabla 3. Prevalencia de síntomas

SINTOMA	PREVALENCIA %	95% INT.CONFIANZA
Astenia	90	81-100
Anorexia	85	78-92
Dolor	78	78-92
Náusea	68	61-75
Constipación	65	40-80
Sedación-confusión	60	40-75
Disnea	12	8-16

(Bruera E. Research in symptoms other than pain. En: Doyle D, Hanks G, MacDonald N, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 1997, pag 87)

Evaluación

Se debe diagnosticar antes de comenzar con un tratamiento. Donde se deben de tener en cuenta las siguientes dimensiones:

1. ¿Cuál es la causa más probable del síntoma?
2. ¿Cual es el mecanismo fisiopatológico subyacente?
3. ¿Cuál es el impacto sobre la vida del paciente? (Se puede utilizar para evaluar este ámbito la escala visual analógica, EVA u otras escalas como la de Edmonton, STAS).

4. ¿Qué tratamiento han sido ya utilizados? ¿Y qué respuesta generó dicho tratamiento?

Explicación

Explicación de la causa y mecanismo de los síntomas. Comunicación con el paciente de manera sencilla y proponer distintas opciones terapéuticas, permitiendo que el paciente escoja la más apropiada.

Manejo terapéutico

Una proporción de paciente requerirán medidas farmacológicas para el control de sus síntomas, aun así probablemente todos ellos requerirán información sobre otras medidas no farmacológicas (dieta blanda y fraccionada, relajación, evitar olores fuertes que provoquen náuseas etc.)

Es importante no implantarse objetivos desmedidos desde el inicio, si no que poco a poco ir consiguiendo un mayor alivio dentro de lo posible. Plantearse objetivos “de mínima mejoría”.

Monitoreo

Vigilar y controlar la aparición de nuevos síntomas y detectar los efectos adversos pertenecientes al tratamiento. Se trata de un proceso continuo y monitoreado.

Atención a los detalles

Consejos para alivio del dolor, comprensión de las emociones, escucha activa, dar indicaciones claras, concisas, retroalimentación etc. ⁽¹⁴⁾

5.3 El dolor

El desarrollo de los cuidados paliativos durante estos últimos años ha sido generalizado. Tras esta expansión se han establecido diferentes y diversos modelos organizativos que buscan la mejora de la sintomatología y calidad de vida. Así como la coordinación y apoyo de todos los miembros de la unidad familiar y la asistencia sanitaria prestada por los servicios médicos ⁽¹⁵⁾.

Cuando hablamos de los cuidados paliativos (CP) y el tratamiento del dolor (TD) son elementos primordiales para mejorar o mantener la calidad de vida de muchos enfermos afectados por procesos incurables, crónicos o terminales. El dolor es el problema y síntoma más frecuente en pacientes con cáncer por lo que su manejo inadecuado es un serio problema de la salud pública.

Se puede definir como aquella experiencia emocional y sensorial desagradable que está asociada a una lesión tisular real, concreta o potencial, o al menos que es descrita como tal, por lo tanto también puede existir dolor sin la presencia objetiva de una lesión o estímulo. El alivio del dolor siempre ha sido uno de los grandes objetivos perseguidos por los profesionales de la salud. ⁽¹⁶⁾

“Cuando un enfermo dice que le duele, es que le duele”. (Manual de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SCECPAL)

El tratamiento del dolor pretende evitar aquel sufrimiento inútil, procura el alivio y mejora la calidad de vida de todos los enfermos portadores de dolor crónico mantenido durante largos períodos. Estos proyectos hacen realidad varios derechos de los enfermos tales como: a ser aliviados de su sufrimiento, a tener el mayor bienestar alcanzable, y a vivir con la mayor dignidad posible sus últimos días. Las unidades del dolor en los hospitales son cada vez más frecuentes así el número actual es de 2.5 camas por cada 100.000 habitantes. ⁽¹⁷⁾

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología. ⁽¹⁸⁾

Según su duración:

- A. Agudo: Aquel que es limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Por ejemplo: el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.
- B. Crónico: Ilimitado en su duración, acompañado de componentes psicológicos. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

Según su patogenia:

- A. Neuropático: Producido por un estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Es descrito como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Ejemplos tales como post-quimioterapia o post-radioterapia.

- B. Nocioceptivo: Tipo de dolor más frecuente y es dividido en somático y visceral que se detalla a continuación.
- C. Psicógeno: Interviene el ambiente psicosocial que rodea al individuo. Es normal la necesidad del aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

Según su localización:

- A. Somático: Es producido por una excitación anormal de los nocioceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculo esquelético, vasos, etc.). Es un dolor muy localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo por metástasis óseas.
- B. Visceral: Se produce por la excitación anormal de los nocioceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Además puede irradiarse a zonas alejadas del lugar donde se originó previamente. Es frecuente en los dolores de tipo cólico, metástasis hepáticas y cáncer pancreático.

Según el curso:

- A. Continuo: Persiste durante todo el día y no desaparece.
- B. Irruptivo: Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor *incidental* es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.

Según la intensidad:

- A. Leve: Puede realizar actividades habituales y cotidianas.
- B. Moderado: Interfiere con las actividades de la vida diaria. Precisa tratamiento con opioides menores.
- C. Severo: Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

Según factores pronósticos de control del dolor

Se puede clasificar en un dolor difícil/complejo a aquel que no responde como debería al tratamiento habitual (escala de analgesia de la OMS). El Edmonton Staging System es aquel que pronostica el dolor de difícil control.

Según la farmacología

- A. Responde bien a los opiáceos: dolores viscerales y somáticos.
- B. Parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo (útiles los AINE) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esteroide).
- C. Escasamente sensible a opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anti convulsionantes).

5.4 Control del dolor

El dolor tiene un gran efecto sobre la calidad de vida y un enorme efecto en los enfermos terminales. En líneas generales aparece en un 40% de los pacientes en las etapas iniciales del cáncer y puede alcanzar un 70-90% en la fase terminal ⁽¹⁹⁾.

La OMS propone la utilización de una escala analgésica donde su buena utilización y aplicación, en la que los opioides son considerados elementos esenciales, está mundialmente recomendada para proporcionar un alivio entre el 70-80% de las personas con dolor maligno. Existen 7 normas para la utilización de dicha escala ⁽²⁰⁾:

1. La cuantificación de la intensidad del dolor es primordial en el manejo y seguimiento del dolor. Se utilizan escalas unidimensionales como la escala verbal numérica ó la escala visual analógica (EVA).
2. La subida de escalón depende del fallo al escalón anterior. Es decir, en primer lugar se deben prescribir los analgésicos del primer escalón. Si no mejora y el dolor persiste, se pasará a los analgésicos del segundo escalón, combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante (si fuera necesario). Si no mejora el paciente, se iniciarán los opioides potentes, combinados con los del primer escalón, con el coadyuvante si es necesario.
3. Si hay fallo en un escalón, el intercambio entre fármacos del mismo escalón puede no mejorar la analgesia (excepto en el escalón 3).
4. Si el segundo escalón no es eficaz, no demorar la subida al tercer escalón.

5. La prescripción de co-analgésicos se basa en la causa del dolor y se deben mantener cuando se sube de escalón.
6. No mezclar los opioides débiles con los potentes.
7. Prescribir cobertura analgésica del dolor irruptivo.

Figura IV: Escala analgésica de la OMS.

TABLA II			
Escala analgésica de la O.M.S.			
Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos ± Escalón I	Opioides potentes ± Coanalgésicos ± Escalón I	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
----- Paracetamol AINE Metamizol	----- - Codeína Tramadol	----- -- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

Fuente: Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico (F,Puebla Diaz)

La experiencia del dolor puede incitar a la aparición o profundización de otros síntomas y viceversa, por lo tanto, es muy importante controlar el resto de síntomas del paciente para que estos no resulten una amenaza. R. Bayes, propone lo siguiente para un buen control de los síntomas ⁽²¹⁾:

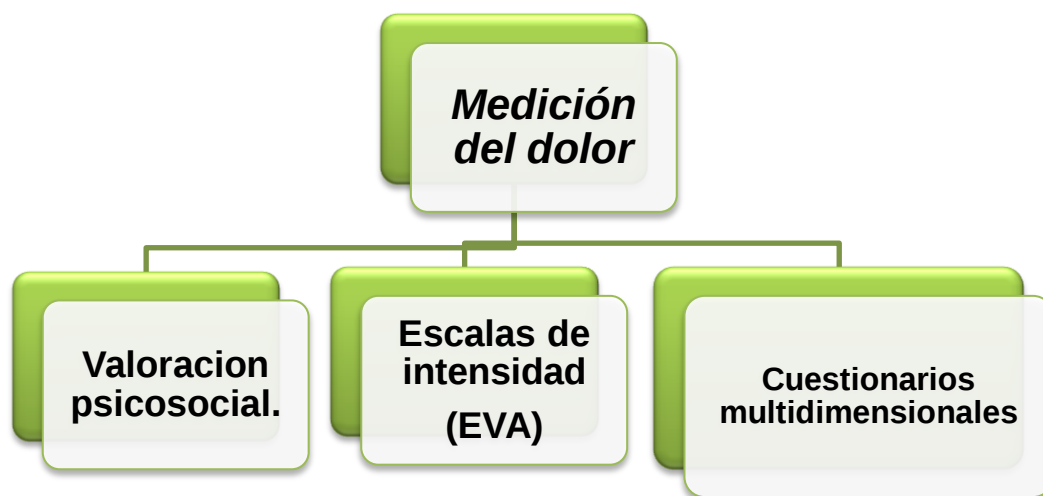
- Identificar en cada momento los síntomas oncológicos, psicosociales o espirituales de los pacientes que puedan ser percibidos por ellos como un peligro. Así como priorizar su tratamiento.
- Corregir, eliminar o atenuar dichos síntomas mediante un tratamiento paliativo cuidadoso y exhaustivo.
- Detectar y potenciar los propios recursos del enfermo para disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia, aumentando así su percepción de control.

- Utilizar diversas técnicas farmacológicas para reducir la ansiedad o depresión.
- Procurar aumentar la gama de satisfacciones personales, para ayudarle a vivir el presente y mejorar su calidad de vida

5.5 Instrumentos de medición del dolor

Para medir la intensidad del dolor existen diferentes instrumentos, que se pueden dividir en ⁽²²⁾:

Figura V: Métodos de medición del dolor



Fuente: Elaboración propia, 2016

- Escalas de intensidad:

La más conocida y utilizada es la escala analógica (EVA)⁽²²⁾, en la cual, mediante una línea de 0 a 10 cm se señala el dolor. Considerando 0 como ausencia de dolor y 10 como el máximo dolor posible. Esta escala es simple y comprensible, también es aplicada en niños comúnmente.

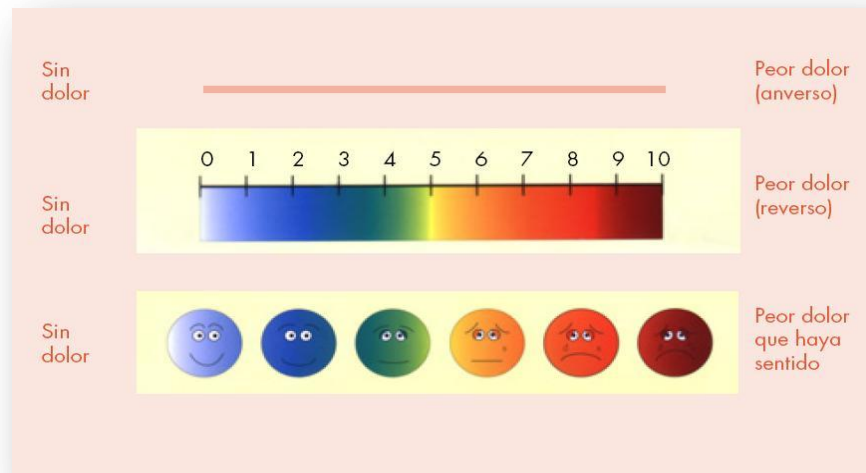
También es muy utilizada la escala verbal categórica donde:

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| -No dolor (0) | -Dolor severo (3) |
| -Dolor leve (1) | - Dolor muy severo (4) |
| -Dolor moderado (2) | - Peor dolor posible (5) |

Y por último existe también el termómetro del dolor en el cual mediante una cartulina plastificada que contiene un recuadro con una línea vertical móvil, el enfermo puede señalar la intensidad de su dolor, el nivel del dolor se marcara

entre dos extremos: no dolor y el dolor insoportable, que se complementa con una graduación en su reverso de 0 a 10 en relación a la señal realizada en la cartulina.

Figura 6: Métodos para la evaluación del dolor de manera visual.



Fuente: Kissin I. Patient-Controlled-Analgesia Analgesimetry and its problems. Anesth Analg 2009

Estos tres métodos nos proporcionan una respuesta clínica equivalente y similar, nos sirven para ver la eficacia de los tratamientos utilizados y la evolución del paciente.

- Cuestionarios multidimensionales:

El más conocido y más utilizado es el Mc Gill Melzack Pain Questionary⁽²²⁾. El cual contiene junto con 20 adjetivos que abarcan 3 dimensiones propias del dolor (sensitivas, afectivas y evolutivas). Además existen el Brief Pain Inventory (BPI) y el Memorial Pain Assesment Card. El BPI, además de evaluar el dolor como leve, moderado o el peor posible, lo relaciona con el grado de afectación funcional en una escala de 0 a 10, siendo el 0, la ausencia y 10 la interferencia completa. Los parámetros que este valoran son ⁽²³⁾:

1. Actividad general
2. Estado de ánimo
3. Capacidad para caminar
4. Trabajo normal dentro como fuera de casa
5. Relaciones personales

6. Sueño

7. Disfrute de la vida.

- Valoración psicosocial:

Es fundamental conocer el significado del dolor para el paciente y para la familia, la forma de cómo responden a este mismo, sus preocupaciones sobre el tratamiento con opioides ansiolíticos o estimulantes, cambios del estado anímico (presencia de depresión y/o ansiedad), así como los efectos del tratamiento desde el punto de vista económico.

Los dolores del paciente que provienen de la pérdida de su rol de la familia, de la alteración de su imagen corporal, por la separación de la familia, son dolores que se escapan del tratamiento con analgesia. En estas situaciones la creación de una atmosfera de confianza entre el paciente y la enfermería es fundamental. Si el paciente tiene la necesidad de estar acompañado por su familia estimularemos la no separación del paciente con sus familiares, pues si el enfermo se siente solo se concentrará más aun en su dolor.

A veces es importante hablar con el paciente si la situación lo permite, sus preocupaciones y que es lo que le gustaría hacer si no tuviera dolor, para conocer la causa de su verdadera tristeza, si es que está presente.

Para el buen control del dolor es importante enseñar al paciente y a los familiares a medirlo constantemente, así como la existencia de diferentes factores que lo alivian o lo agravan.

5.6 Control del dolor: Medidas farmacológicas y no farmacológicas:

Control del dolor medidas farmacológicas

Para el dolor crónico, como bien se ha comentado antes la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽²⁰⁾ propone la Escala Analgésica, dicha escala ha demostrado su eficacia en pacientes oncológicos y donde poco a poco ha sido siendo aplicada a pacientes de con dolor crónico y de no origen oncológico. Según las directrices (ya mencionadas) de la OMS se debe comenzar con la aplicación de fármacos AINES o antiinflamatorios no opioides. Si con esta aplicación correcta no se consigue un buen control del dolor deberán de administrarse un opioide débil como "Tramadol" o "Codeina". En pacientes en

los cuales esta administración fracasa se recomienda pasar a la utilización de fármacos opioides potentes tales como “Morfina”, “Oxicodona”, “Fentanilo” o “Buprenorfina”. Además es aconsejable el uso de coadyuvantes en cada escalón de dicha escala (antidepresivos, anticonvulsivantes, glucocorticoides, etc).⁽²⁴⁾

Por otro lado, los pacientes que se encuentran en las etapas finales de la vida comienzan a padecer una serie de síntomas tales como agitación, disnea, delirio, DOLOR o vómitos. El tratamiento llamado “sedación paliativa” es una opción como medida ante esta situación, dicha sedación tiene como fin el alivio de estos síntomas que no responden y no pueden ser controlados con otras medidas. Los fármacos y sus dosis deberán de estar controlados y ajustados a cada paciente, para obtener el grado de sedación que sea proporcional al estado del paciente. Los fármacos que son destinados a disminuir el nivel de conciencia como las benzodiacepinas, sobre todo el “Midazolam” y “Clonazepam” son los de elección ante estos pacientes, además de antipsicóticos, opiáceos e hipnóticos. Que estos pueden ser administrados por vía intravenosa o subcutánea. El tratamiento con dichos sedantes podrá variar según sea el nivel de intensidad (leve, intermedio o profundo) así como también podrá variar la duración (intermitente o continua) de sedación.

Es importante resaltar que existe una gran preocupación ante la administración de estos fármacos y la relación con la aceleración de la muerte, por lo que es necesaria una estrecha vigilancia por parte de la enfermera sobre los efectos que esta produce en el enfermo.⁽²⁵⁾

Tratamiento del dolor medidas no farmacológicas:

Cuidados físicos:

Existen otras series de medidas para el control del dolor de nuestros pacientes que no son necesariamente farmacológicas, sino que, son aquellas medidas físicas (o combinación junto a medidas farmacológicas) que harán que nuestro enfermo se encuentre mejor y que procuraran que el umbral del dolor disminuya, proporcionando un nivel de tranquilidad óptimo. Tales como:

1. Buscar la máxima comodidad del enfermo, evitando aquellos cambios posturales que sean considerados como innecesarios.

2. Administración exclusiva de aquellos fármacos destinados a tratar los principales síntomas.
3. Cambio de la vía oral por la subcutánea o la rectal.
4. Mantenimiento de la higiene bucal así como asegurándonos que su nivel de humedad es la adecuada.
5. Ante síntomas de disnea: favorecer la sedación con clorpromacina, 25-50 mg varias veces al día según respuesta y pauta médica.
6. Ante síntomas de sofocación o compresión aguda e irreversible de las vías respiratorias: sedación con midazolam 20-40 mg sc, sola o asociada a morfina y/o escopolamina.
7. Ante estertores pre-morten, avisar a la familia que el paciente no padece sufrimiento, elevación de cabecero de la cama y posible administración de escopolamina.
8. Como cuidados psicológicos debemos de incluir que siempre mantendremos la dignidad de la persona.
9. Aplicaremos medidas sobre la familia y facilitaremos el momento de la despedida.⁽²⁶⁾

6. Situación actual.

El control del dolor crónico se ha convertido en una prioridad social y sanitaria a la orden del día, donde su grado de alivio es considerado como un indicador por excelencia de eficiencia y calidad.

Recientemente tras una encuesta nacional realizada en la población adulta española a través del Observatorio del dolor Español por la Fundación del Dolor española y la Cátedra externa del Dolor de la Universidad de Cádiz, fue observado que 1 de cada 4 familias españolas hay una persona que presenta dolor de tipo crónico y que su presencia llega a afectar tanto al paciente como al resto del hogar. Así quedo reflejado que más del 50% de estos pacientes se sentían infelices y tristes y hasta cifras de más del 30% se sentían nerviosos e incluso con alteraciones en el sueño, lo que les ha provocado cambios en su vida diaria y trabajo.⁽²⁷⁾

La mayoría de las investigaciones actuales se centran en la valoración del dolor en pacientes con padecimientos oncológicos y medico quirúrgicos, en cuanto a

la labor de la enfermería en este ámbito es conocido que tan solo el 5% de las publicaciones son en revistas de enfermería, y en su tratamiento consta la no utilización de herramientas para la valoración de intensidad del dolor, la ausencia de investigaciones sobre la satisfacción del paciente sobre el dolor que padece y lo poco que se ha enseñado a enfermería para la valoración y manejo del dolor. ⁽²⁸⁾

En España la primera unidad del dolor comenzó a funcionar en 1966 en Madrid, y fue en 1982 cuando estableció en el Hospital del 12 de Octubre de Madrid una unidad para su estudio y su tratamiento. En la actualidad gracias al Directorio de la Sociedad Española del Dolor (SED), sabemos que existen en España un total de 127 unidades del dolor.

La unidad de Tratamiento del Dolor (UTD) fue creada para la atención a personas con dolor, principalmente de tipo crónico oncológico o no oncológico y se define como “una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos para garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que requiera asistencia especializada”.

Las UTD son divididas según su grado de complejidad y pueden ser:

- III: Unidad multidisciplinar para el tratamiento del dolor.
- II: Unidad del dolor.
- I: Unidad monográfica.

Hay que destacar que la UTD III ofertara también la atención al paciente con dolor agudo complejo o de difícil tratamiento. Y se estima que la necesidad de esta es de una por cada 1.5-2 millones de habitantes.

En España, el dolor crónico afecta a un gran número importante de ciudadanos, el dolor oncológico es padecido por el 30-85% de los pacientes con cáncer. La fibromialgia ha obtenido una gran importancia en estas últimas décadas con un porcentaje de 2.9% en cinco países de la Unión Europea. Un 30.9% de una muestra poblacional referían padecer dolor crónico con componente neuropático en los últimos estudios epidemiológicos sobre el dolor realizado en España. ⁽²⁹⁾

7.Caso clínico:

El Adenocarcinoma de laringe es un carcinoma bastante infrecuente en la actualidad, el cual solo se presenta en el 0.30-0.50% de los casos de las neoplasias laríngeas malignas. Es caracterizado por su fuerte agresividad y tendencia a producir rápidamente metástasis en los ganglios linfáticos ⁽³⁰⁾

El caso clínico que presento es recidivante, fue operado previamente y colocada una traqueotomía, en Octubre de 2015 ingresa en nuestra unidad a causa de la reaparición del Adenocarcinoma, pero en esta ocasión los médicos deciden no intervenirle.

La elección para el desarrollo de este caso fue debido a que durante mi estancia en las prácticas hospitalarias en el hospital Dr. Sagaz pude seguir durante 6 semanas la evolución del paciente desde muy cerca, observando los cambios y pequeños detalles. Hasta que la situación fue calificada como una situación que debía la aplicación de Cuidados Paliativos.

7.1Presentación del caso:

Paciente de sexo masculino de 79 años que es ingresado el 27/10/2015 en la unidad de pluripatologicos-CP del hospital Dr.Sagaz de Jaén con motivo y diagnostico medico: Tumoración laríngea.

Su principal cuidador es su hija,(aporta número de teléfono), a la que se le realiza educación sanitaria para el cuidado de su padre.

Nuestro paciente posee una historia de disnea extensa (vista por neumólogos y unidad del sueño), se le realizo una exploración laringoscopia por parte del médico y se observó una masa laríngea en la epiglotis. Donde como resultado se concluyo: Adenocarcinoma Laríngeo.

El paciente porta cánula de traqueotomía de plata del numero 7, sus familiares no son “capaces “de hacerse del cuidado de ella, por miedo a causarle problemas.

Actualmente posee nutrición enteral por SNG. Además posee UPP de grado 3 sacrocoxigea y en ambos talones UPP de grado 4.

Al ingreso presenta desnutrición y disnea. Como antecedentes personales a destacar: Fibrilación auricular, poliglobulia, osteoporosis, cardiopatía isquémica

e hiperuricemia. No presenta alergias conocidas. Tras el paso de su estancia el paciente comienza a desorientarse, con episodios de agitación y ansiedad además de incontinencia urinaria y fecal.

En la valoración del paciente, se siguió el modelo de necesidades de Virginia Henderson⁽³¹⁾, ayudándonos con medidas instrumentales como la escala de Braden, Barthel y Riesgo de Caídas; y las taxonomías NANDA⁽³²⁾ (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification) para la identificación de los problemas y la planificación de los cuidados.

7.2 Valoración de enfermería (02/02/2016):

Necesidad de Respiración:

Dificultad para respirar: disnea crónica.

Fumador: Nº de cigarrillos: Ex fumador de dos paquetes diarios (20 cig/dia.)

Medicación respiratoria: Oxígeno.

Tipo de secreciones: Abundantes y espesas.

*Observaciones: O2 gafas 26% a 4 l/min

Traqueotomía con cánula de plata nº7.

Necesidad de Alimentación/Hidratación:

Alimentación/Nutrición: Enteral: SNG.

Capacidad funcional para la alimentación: Dependiente.

Necesidad Movilización:

Situación habitual: Encamado.

Nivel funcional para la actividad/movilidad: Dependiente

Necesidad de Reposo y sueño:

Cambios en el patrón del sueño: Interrupciones del sueño.

Necesidad de Vestirse/Desvestirse:

Requiere ayuda para ponerse/quitar ropa-calzado: Dependiente.

Necesidad de Termorregulación:

Sin alteración observada.

Necesidad de higiene y piel:

Capacidad funcional para el baño/higiene general: Dependiente.

Estado de Piel y Mucosas: Pérdida de la continuidad de la piel.

Otros: Traqueotomía. UPP sacrocoxígea grado 3 y UPP en ambos talones de grado 4.

Necesidad de seguridad:

No refiere alergias conocidas.

Nivel de consciencia: Estuporoso.

Nivel de orientación: Desorientado.

Antecedentes personales: Ca de Laringe, Fibrilación auricular, poliglobulia, osteoporosis, cardiopatía isquémica e hiperuricemia.

Necesidad de comunicación:

Dificultad en la comunicación: Laringectomizado/intubado.

Su cuidador principal es su hija,(nº de teléfono 6XXXXXXXXX).

Necesidad de creencias y valores:

Necesidad no valorable.

Necesidad de trabajar/realizarse:

Necesidad no valorable.

Necesidad de ocio.

Necesidad no valorable.

Necesidad de Aprendizaje:

Necesidad no valorable.

7.3 Plan de cuidados de enfermería:**Fase diagnóstica:**

Tras una valoración general, usando la taxonomía NANDA internacional se identifican los siguientes diagnósticos de Enfermería.

-Dolor crónico: relacionado con (R/C) Incapacidad física crónica, Incapacidad psicosocial crónica, manifestado por (M/P) alteración en la capacidad de seguir con las actividades previas.

-Duelo: R/C inminente y radical separación de un ser querido M/P expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial. Negación del significado de la pérdida.

-Deterioro de la integridad cutánea: R/C cambios en la elasticidad de la piel. Inmovilidad física. Prominencias óseas M/P por la destrucción de capas de la piel. Presencia de UPP, escala NORTON <12, alto riesgo de ulceraciones.

**Problemas de colaboración:*

-Complicación potencial: Respiratoria.

Fase de planificación y ejecución:

- **00133 Dolor crónico:** relacionado con (R/C) Incapacidad física crónica, Incapacidad psicosocial crónica, manifestado por (M/P) alteración en la capacidad de seguir con las actividades previas.

Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)	Las realiza
-1605 Control del dolor. Basal 3. Diana 5 (29 días)	<u>1400 Manejo del dolor</u> -Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. -Evaluar la eficacia de las medidas contra el dolor a través de una valoración continua. -Considerar el tipo y fuente del dolor. - Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. <u>2210 Administración de analgésicos</u> - Administrar los analgésicos a las horas adecuadas para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente en dolor severo. - Colaborar con el médico si se indican fármacos, dosis y vías o cambios en el intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de analgesia. - Elegir el analgésico o su combinación, cuando se prescriba más de uno. - Evaluar y registrar el nivel de conciencia con el uso de opiáceos.	Personal de enfermería.

- **00136 Duelo:** R/C inminente y radical separación de un ser querido M/P expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial. Negación del significado de la pérdida.

Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)	Las realiza
1304 Resolución de la aflicción. Basal:1 Diana: 5 (29 días)	<u>5290 Facilitar el duelo:</u> -Fomentar a que exprese los sentimientos de una forma cómoda. -Identificar fuentes de apoyo comunitario. -Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones, si precede. <u>7140 Apoyo a la familia.</u> -Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados. -Ofrecer una esperanza realista. -Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios, como un centro hospitalario o clínica.	Personal de enfermería.
2601 Clima social de la familia Basal 2 Diana 5(29 días)	<u>7100 Estimulación de la integridad familiar:</u> -Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas. -Disponer de intimidad para la familia. -Facilitar la armonía dentro y entre la familia.	Personal de enfermería.

-00046 Deterioro de la integridad cutánea: R/C cambios en la elasticidad de la piel. Inmovilidad física. Prominencias óseas M/P por la destrucción de capas de la piel.

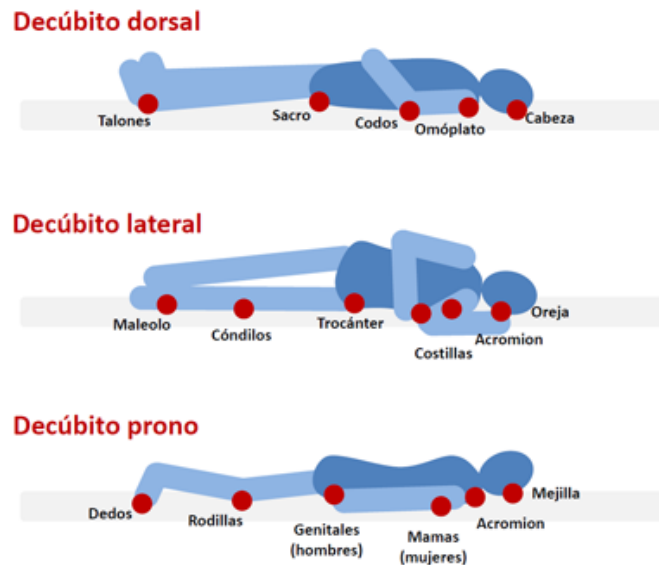
Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)	Las realiza
1101 Integridad tisular: Membranas y mucosas.	<u>0740 Cuidados del paciente encamado:</u> -Cambio de posición del paciente según lo indique el estado de la piel. -Colocar al paciente en una alineación adecuada.	Personal de enfermería y auxiliar

Basal:2 Diana: 5 (29 días)	<u>3590 Vigilancia de la piel:</u> -Comprobar temperatura de la piel.	de enfermería.
1103 Curación de la herida por segunda intención. Basal 1 Diana 5 (29 días)	<u>3520 Cuidados de las úlceras por presión:</u> -Asegurar la ingesta dietética adecuada. -Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. -Utilizar mecanismos en la cama para la protección del paciente. <u>6550 Protección frente a infecciones:</u> -Mantener normas de asepsia en pacientes de riesgo.	Personal de enfermería.

Procedimiento diario: A las 8.00 de la mañana y con la entrada laboral de la enfermera se realizan las extracciones de sangre, es decir, si este paciente requiere de una muestra sanguínea este día, se le realizará a primera hora de la mañana (si ha permanecido previamente en ayunas), tras esto, se procede al reparto de medicación, prestando atención a la analgesia.

A la entrada de la habitación, nos interesamos por saber cómo ha pasado la noche, los sucesos nuevos y saber si ha necesitado pautas de analgesia de rescate, además se comprueba en el ordenador. Aprovechamos para saber también la situación familiar. Si colocamos el mórfo deberos de reevaluar el estado de conciencia cada cierto tiempo. Además tomamos la tensión arterial. Seguidamente se procede a la higiene y auto cuidados del paciente (utilizando un jabón poco irritativo), la familia siempre quiere ayudar y muestra interés. Además se le proporciona una habitación individual para que tengan más intimidad. Realizamos cuidados básicos, incluidos ojos y boca. Si procede se aspiran secreciones de cánula de traqueotomía, así como su limpieza y/o cambio. Además, revisamos exhaustivamente posibles ulceraciones nuevas, aplicamos crema hidratante e colocamos dispositivos de protección, asegurándonos de que la piel este totalmente seca. Además aproximadamente cada 3-4 horas se realizan cambios de posturales.

Figura7: Zonas vulnerables a la aparición de úlceras por presión (UPP).



Fuente: Web: Alzheimer Universal. Disponible en: <http://www.alzheimeruniversal.eu/2014/11/11/ulceras-por-presion-en-unidad-de-cuidados-intensivos-contiene-imagenes-reales/>

El paciente posee úlcera sacrocoxigea y dos ulceraciones en los talones. Clasificadas de grado 3 y 4 respectivamente.

La úlcera sacrocoxigea es calificada de grado 3 donde existe una pérdida total del grosor de la piel, e incluso aparece tejido necrótico del tejido subcutáneo.

Las ulceraciones de los talones son calificadas de grado 4 donde hay una pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido y hueso. Presentando una profunda caverna.

Las ulceraciones son calificadas por orden médica como “cura paliativa” por lo tanto, para su tratamiento utilizaremos una limpieza de suero a chorro, povidona iodada y apósito oclusivo. Donde las curas, se realizarán aproximadamente cada 3-4 días.

Según su tratamiento, se irá colocando su respectiva medicación y analgesia a las horas pautadas. Quedando siempre dispuestas las dosis de rescate y a demanda. También es importante el cuidado de la sonda nasogástrica, y a pesar de que la familia se ocupa de ello, siempre estará la enfermera pendiente de la correcta nutrición del paciente así como del propio estado de la sonda.

Por último, el paciente porta sonda urinaria, comprobaremos su correcto funcionamiento así como el cambio de la misma si procede.

7.4 Resultados

Fase de evaluación:

Basándonos en la Escala Likert: 1.- Gravemente comprometido, 2.- Sustancialmente comprometido, 3.- Moderadamente comprometido, 4.- Levemente comprometido, 5.- Nada comprometido; realizaremos la evaluación de los objetivos planteados en los diagnósticos.

Se valorará al día 1 de ingreso (lo tomare como a mi llegada a la unidad), al día 15, y al día 29.

00133 Dolor crónico:				
	Día 1	Día 15	Día 29	Diana
1605 Control del dolor	3	3	4	5

00136 Duelo				
	Día 1	Día 15	Día 29	Diana
1304 Resolución de la aflicción	1	2	3	5
2601 Clima social de la familia	2	4	5	5

00046 Deterioro de la integridad cutánea				
	Día 1	Día 15	Día 29	Diana
1101 Integridad tisular: Membranas y mucosas.	2	3	3	5
1103 Curación de la herida por segunda intención.	2	3	3	5

8. Discusión

El objetivo principal de este trabajo era poder llevar a cabo una valoración del uso de los recursos con los que cuenta la enfermería para la valoración del dolor, así como de su aplicación. Tras la exposición de este caso y viendo los resultados puedo confirmar según mi opinión, que el plan de cuidados y las intervenciones realizadas fueron las correctas, cubriendo las necesidades de nuestro paciente. Bien es cierto, y a la vista esta, que la puntuación diana en mucho de los casos no se alcanzó, pero debemos de tener en cuenta que nuestro paciente era un paciente paliativo y la situación se había convertido en irreversible, por lo tanto, nuestros cuidados de enfermería no pretendían revertir el estado del individuo si no alcanzar otros fines diferentes, en concreto, paliar. Aunque el paciente sigue hospitalizado a día de hoy (tras mi último día de prácticas, el paciente permanecía en la unidad) observamos una evolución positiva en su estado, por lo tanto, las intervenciones de enfermería fueron positivas.

Relaciono este caso con el desarrollo de mi trabajo el “Control del dolor en cuidados paliativos” y observé que a pesar de la formación que tenemos la enfermería, las escalas e instrumentos para la medición del dolor, concluyo que al menos durante mi estancia en la unidad no se realizó ninguna medición del dolor. Además en el historial médico no consta ninguna intervención similar. Eso no quiere decir, que el dolor no estuviese tratado, pero no se observó el uso de ninguna escala de medición del dolor.

J.M Cano (XX) propone la valoración del dolor en todo paciente hospitalizado. Ya que supone un bajo coste, es efectivo en la evolución favorable del paciente y además supondrá invertir poco tiempo en aplicar una Escala Analógica (EVA), incluso dándole la importancia de convertir esta valoración en la quinta constante vital.

Además es la propia Organización Mundial para la Salud (**OMS**) la que afirma que el dolor es el síntoma más común entre los pacientes, y es donde la educación sanitaria sigue encaminada hacia la prevención y curación y ofrece un escaso entrenamiento y persistencia hacia la paliación.

De la misma manera **E. Abornes** afirma que independientemente del motivo de ingreso de una persona en un hospital, por parte del personal sanitario (en mi

caso la enfermería) el abordaje del dolor es un punto clave, donde muchas veces, la falta de información del personal sanitario a los pacientes y sus familiares contribuye a que muchas personas no estén recibiendo el correcto tratamiento contra el dolor. Además, incluye que las diferentes características del dolor obligan a enfocar un tratamiento personalizado para cada caso.

9. Conclusiones

El hecho de protocolizar la realización de ciertas intervenciones de Enfermería en estos pacientes hará que en un futuro permita una atención más integral y completa, ya que se tendrán en cuenta todos los parámetros de relevancia para cada situación y seguirá ofreciendo una atención personalizada y completa. Cubriendo por completo toda esa “esfera” que envuelve a nuestro paciente, incluida la familia.

Por ello, la existencia de las herramientas para la valoración del dolor debería de considerarse un recurso importante y al alcance de la enfermería. No solo su existencia si no su aplicación en el ámbito laboral siempre que sea necesario. Una protocolización de su aplicación en ciertos perfiles de los pacientes sería lo ideal, asegurándonos una correcta valoración del dolor y conseguir su alivio de manera eficaz.

Cabe resaltar que la familia agradece el tiempo que se le presta, las explicaciones que se le ofrece y la sinceridad, lo que propiciará la disminución del temor al sentirse más confiados y seguros durante la estancia hospitalaria, lo que incluso disminuirá el riesgo de infección por obtener mayores conocimientos. Estas atenciones tan sencillas, en muchas ocasiones no son llevadas a cabo, con lo que suponen una barrera para el personal de Enfermería, que si se superara permitiría mejorar el estado de muchos pacientes y propiciaría una mejor resolución del trabajo diario, obteniendo mejores resultados en un menor espacio de tiempo.

El equipo sanitario, en sí, es un arte, como un engranaje de un reloj, una perfecta maquinaria donde todos los eslabones son necesarios, y todos trabajan como un único equipo. Coordinación esencial entre medico, enfermera, auxiliar y celador. Todos haciendo su trabajo con un único fin, y ese fin es el bienestar del paciente. Ese paciente, que confía en nuestros servicios y que pone su vida, en nuestras manos. Esa confianza, que jamás había

entendido lo necesaria que puede de llegar a ser. Como muchos de los pacientes sufren, nerviosos y lo único que necesitan es un “ tranquilo, estoy aquí”, o simplemente el hecho de darle la mano, el hacerse notar, probablemente para muchos, sea el mayor cuidado que se les pueda ofrecer, por esto es por lo que soy enfermera, por estas cosas hacen que a pesar de una rutina, a pesar de trabajar horas y horas en el hospital, me sienta satisfecha, es lo que hace que haya estudiado durante 4 años el grado en enfermería, y por esto es por lo que estoy orgullosa del trabajo que se lleva en práctica en los hospitales. En la mayoría de los casos el primer calmante para estos pacientes es una buena dosis de alegría, esperanza y optimismo. Antes de enfermeros, debemos recordar que somos personas.

10.Bibliografía:

1. IASP Subcommittee of Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain 1979; 6: 249 – 252.
2. Padrol A, Pérez-Esquivia M, Olona M, Francesch A, Tomas I, Rull M. Estudio de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 555 – 561.
3. Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols C, Mínguez S, Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. Rev Soc Esp Dolor. 2009;16(6): 314 – 322.
4. Merboth MK, Barnason S. Managing pain: the fifth vital sign. Nurs Clin North Am. 2000; 35(2): 375 – 383.
5. J.M.Cano, S. de Juan. Valoración del dolor: quinta constante vital.2006, 09: 428.
6. SaundersC M, Baines M. Living with Dying. The management of the terminal disease. Londres. Oxford. Oxford University Press. 1983; 12-13
7. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, Gabilondo S. Principios básicos para el control del dolor total. R e v. Soc. Esp. Dolor 1999 6; (1):59-70
8. Montes de Oca-Lomeli GA. Historia de los cuidados paliativos. Rev Dig Univ 2006; 7(4):1-9.Disponible en: <http://bit.ly/1qTnFz0>
9. Dale R1, Edwards J2, Ballantyne J2 . Opioid risk assessment in palliative medicine. J Community Support Oncol. 2016 Mar;14(3):94-100. doi: 10.12788/jcso.0229.

10. Kearney M. A place of Healing Working with Suffering in living and dying. Oxford University Press, 2000.
11. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo del dolor. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario, 2002.
12. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA. 2000;284(19):2476–82.
13. Perales-Montilla CM, Duschek S, Reyes-Del Paso GA. The influence of emotional factors on the report of somatic symptoms in patients on chronic haemodialysis: the importance of anxiety. Nefrologia. 2013 Nov 13;33(6):816–25
14. Dr. Gustavo De Simone, Dra. Vilma Tripodoro. FUNDAMENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS Y CONTROL DE SINTOMAS. Buenos Aires, Febrero 2004.:5-7.
15. Abaunza Badaya, Amaia Jaio Atela, Nekane, Esparta Etxebarria, Carmen Regidor Fuentes, Iratxe. Atención a los pacientes en la fase final de la vida:Revisión sistemática sobre modelos organizativos en cuidados paliativos y encuesta a los profesionales sanitarios sobre la situación de los cuidados paliativos en el País Vasco.. Osteba, proyecto de Investigación Comisionada, País Vasco 2013.
16. Dra.Margarita Soto Mayor, Dra Elena Pestana, Dra. Dorete Reis, Constância Carneiro, Marcos Valente.Dolor y demencia en personas que viven en unidades de larga estancia, 2015;26(1):23-27.
17. W. Astudillo Alarcón, E. Díaz-Albo , J.M. García Calleja, C. Mendiñeta , P. Granja d, C. De de la Fuente Hontañón, A. Orbegozo , E. Urdaneta , A. Salinas-Martín , E. Montiano , J.R. González Escalada y L.M. Torres . Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. Marzo 2009.

18. F. Pueblas Díaz. Dolor. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico, 2005; 28 (3):139-143
19. OMS. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Serie Informes Técnicos 804,1990; 21-26.
20. Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y Terminal. Arán 2004. Cap. 3: Dolor. Pag. 33-90.
21. Bayes, R., Dolor y sufrimiento: diferencias y evaluación. Cuadernos Gerontológicos. Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología, 1994; 3: 2,61-66.
22. W. Astudillo, C. Mendiñeta, E. Astudillo y S. Gabilondo. Principios básicos para el control del dolor total. Soc Esp Dolor 1999; 6: 29-40.
23. Eissenberg, E. Borsook, D. Lebel, A. Pain in the terminally ill. The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management . Boston, Little Brown, 1996; 310-325.
24. M. J. Rodríguez. Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España. Estudio STEP, Rev. Soc. Esp. Dolor 8: 525-532; 2006.
25. Elaine M Beller, Mieke L van Driel, Leanne McGregor, Shani Truong, Geoffrey Mitchell. Sedación farmacológica paliativa para adultos en fase terminal, 2015.
26. Dr. Emilio Blanco Tarrío, Dr. Juan Manuel Espinosa Almendro, Dr. Hermenegildo Marcos Carreras, Dr. Manuel J. Rodríguez López. Guía de buena práctica clínica en Dolor y su tratamiento. Atención primaria de calidad. Ministerio de sanidad y consumo, 2004.

27. I. Failde. El dolor crónico, algo más que un problema de quien lo padece. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.21 no.1 Madrid ene.-feb. 2014

28. Gloria Nelly Gracia Castillo, Barbarita Frías Reyna, María Angélica Téllez González, Hermelinda Ávila Alpírez, Gustavo Gutiérrez Sánchez, Ma. Antonia Hernández Saldívar. Conocimiento y Manejo del Dolor Crónico por el Profesional de Enfermería. Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT), Mexico.2015.

29. Unidad de tratamiento del dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Informes estudios e investigación 2011. Ministerio de Sanidad.

30. Luis Puñal Vidal, José Manuel Suárez Peñaranda , Marcos Rossi Izquierdo, Cristina Dios Loureiro , Torcuato Labella Caballero y Jerónimo Forteza Vila. Adenocarcinoma de laringe: presentación de un caso, 2008.

31. Necesidades Básicas de Virginia Henderson para la enfermería. Disponibles en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424

32. Taxonomía NANDA internacional. Diagnosticos enfermeros: definición y clasificación. Disponible en la web: <http://enfermeriaactual.com/>