

EL ENFERMO CON DOLOR

La Asociación Internacional para el Estudio Científico del Dolor (IASP) describe el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia al daño tisular o que se describe en términos de dicho daño, sea el daño real o potencial”. El dolor se percibe en las terminaciones nerviosas de tipo sensorial, se integra en el sistema límbico y se procesa por la corteza asociativa, donde se funde con la información simbólica individual.

El dolor es el síntoma que más a menudo lleva al paciente a consultar. Tiene un valor protector, pues avisa que hay algo que no está funcionando adecuadamente y obliga a reaccionar para suprimir la causa que lo produce.

Existen distintas posibilidades para evaluar el dolor:

- Conseguir información por parte del paciente, a través de manifestaciones verbales o escritas.
- Observar la conducta de un individuo con dolor: agitación, intranquilidad, nerviosismo, gestos, llanto, gritos, etc.
- Utilizar instrumentos para medir respuestas del sistema nervioso autónomo al dolor (aumento de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca y respiratoria, etc)

Una vez se ha confirmado la existencia del dolor, una de las principales responsabilidades que debe asumir el médico es definir sus distintos aspectos, ya que esto facilitará el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad que lo origina. El análisis del dolor comprende

- . La determinación de su origen.
- . La evaluación de sus características.
- . La evaluación de las respuestas fisiológicas y psicológicas asociadas.

La descripción subjetiva del propio individuo es probablemente el mejor indicador del dolor. Por regla general, si una persona dice que tiene dolor, lo más probable es que sea cierto.

ORIGEN DEL DOLOR

La primera tarea del médico es conocer el origen del dolor. Existen tres orígenes generales del dolor: cutáneo, somático y visceral.

- Dolor cutáneo: es el que nace en las estructuras superficiales de la piel y el tejido subcutáneo.
- Dolor somático: se origina en los huesos, nervios, músculos y en otros tejidos que dan soporte a estas estructuras.
- Dolor visceral: tiene su origen en los órganos internos del cuerpo.

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

La evaluación de las características del dolor incluye estos aspectos: localización, intensidad, carácter y calidad y tiempo de evolución.

1) Localización

Al dolor siempre se le asigna una localización corporal (dolor de estómago, etc.); sin embargo, a veces puede ser experimentado en referencia a una parte del cuerpo preexistente, tal como ocurre con el denominado “dolor fantasma” que pueden padecer algunas personas en un miembro que les ha sido amputado.

Según su localización, el dolor puede ser localizado, irradiado y referido.

- Dolor localizado: está confinado al sitio de origen. La localización del dolor guarda relación con su origen (cutáneo, somático, visceral); el dolor cutáneo es siempre un dolor localizado.
- Dolor irradiado: se transmite a lo largo de un nervio, extendiéndose a partir del sitio de origen. El dolor de origen somático (el que se origina en hueso, nervios y músculos) y algunos dolores de origen visceral pueden irradiarse. Por ejemplo, el dolor de un espasmo muscular, que es somático, suele extenderse gradualmente a partir del punto de origen; lo mismo ocurre con el dolor del nervio ciático (conocido como “ciática”), que suele irradiarse a la pierna.
- Dolor referido: se siente en una parte del cuerpo distante a la del sitio de origen, y es característico de algunos dolores de origen visceral. Se diferencia del irradiado en que este último se extiende a lo largo de un trayecto nervioso, mientras que el dolor referido se percibe en una zona distante de su lugar de origen. Ejemplos típicos son el dolor que se siente en los brazos o en el cuello cuando se produce un infarto de miocardio, o el dolor referido al hombro que acompaña a la inflamación de la vesícula biliar.

2) Intensidad

La intensidad del dolor es una de las características más difíciles de evaluar debido al aspecto subjetivo de la persona que lo experimenta.

Se puede evaluar por medio de escalas que valoran aspectos cuantitativos como la Escala Analógica del Dolor que evalúa del 0 al 10 la intensidad de un dolor, es común también que el paciente describa su dolor con los adjetivos "leve, moderado y severo" y es adecuado preguntar al paciente si experimenta "el dolor más intenso que ha sentido en la vida"

3) Carácter y calidad

El carácter y calidad del dolor correspondería a la “descripción” de este dolor, y puede variar mucho dependiendo de su origen.

El dolor de origen somático generalmente se describe como una sensación de peso agotador, con hiperalgesia cutánea (aumento de la sensibilidad dolorosa en la piel) y rigidez muscular.

El dolor de origen visceral generalmente es mal localizado, sordo, ardiente y a menudo se asocia con rigidez muscular e hiperalgesia cutánea.

El dolor de origen cutáneo, a diferencia del visceral, es muy localizado y preciso.

4) Tiempo de Evolución

Este término hace referencia a la secuencia de hechos que se presentan o tienen lugar en relación con la experiencia dolorosa. Los factores que deben considerarse en la cronología del dolor, son: duración de la experiencia dolorosa, modo de comienzo y variación del dolor con el tiempo. En relación con la duración, que es el aspecto más importante de la cronología, existen dos tipos de dolor, de características, significados y abordaje terapéutico distintos: dolor agudo y crónico.

- Dolor agudo: es de reciente instauración en el tiempo (desde minutos hasta horas o incluso días) y alerta al individuo sobre la existencia de un traumatismo, una lesión o una patología en curso de instauración. Constituye la expresión de un proceso patológico subyacente, al resolverse la etiología, se resuelve el dolor
- Dolor crónico: es un dolor prolongado durante mucho tiempo, sin fecha de inicio clara (se considera dolor crónico a partir de 6 meses de duración). Afecta de forma importante la calidad de vida del paciente, ya que altera sus relaciones personales, familiares, sociales y laborales. El dolor crónico se considera benigno si el proceso causal no compromete la vida (aunque la función esté comprometida, y maligno cuando es originado por una enfermedad terminal.
- Dolor neuropático: es una forma especial de dolor crónico en el que, debido a diferentes enfermedades, como la diabetes, las neoplasias y las enfermedades inmunológicas entre otras, puede lesionarse un nervio periférico y dar lugar a la transmisión de impulsos dolorosos sin que exista ningún evento que estimule los nociceptores. El dolor neuropático se manifiesta constantemente y debe ser tratado de forma distinta a los demás tipos de dolor.

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS AL DOLOR

Las respuestas ante el dolor son muy complejas, y forman parte de la experiencia dolorosa. Pueden clasificarse en:

- Respuestas fisiológicas

Suelen ser debidas a la actividad del Sistema Nervioso Autónomo. La estimulación de determinadas fibras produce algunas de las siguientes manifestaciones clínicas: contracción de las pupilas, disminución de la frecuencia cardíaca, disminución de la frecuencia respiratoria, aumento de la diuresis y aumento del peristaltismo gastrointestinal.

La teoría que mejor explica el dolor es la teoría del control de la puerta (gate-control theory) de Melzack. Donde se propone que el sistema nervioso actual como un mecanismo de barrera fisiológico, que modula el grado con el que el dolor es percibido por el individuo. Las cogniciones y emociones experimentadas provocan que la médula espinal intensifique o disminuya la transmisión de estímulos a través de los fascículos gracilis y cuneiforme de modo que según actuasen estas emociones o cogniciones como reforzadores positivos o negativos, aumentaría o disminuiría el umbral del dolor.

- Respuestas afectivas

El dolor, especialmente cuando es crónico, suele estar acompañado de algún tipo de respuesta afectiva, como puede ser un cierto grado de afecto hipotímico o ansioso y diagnosticar un episodio depresivo actual o recurrente es muy frecuente en los pacientes que sufren un dolor crónico. El papel de los neurotransmisores en los procesos dolorosos constituye una importante área de investigación. En el dolor intervienen catecolaminas, ácido gammaaminobutírico (GABA), prostaglandinas, serotonina y betaendorfinas. Cuando disminuyen las concentraciones de serotonina en el sistema nervioso central, la sensibilidad al dolor aumenta. La serotonina modula además la secreción de betaendorfinas. Estas sustancias forman parte de los llamados opioides endógenos, de efectos similares a la morfina pero hasta tres veces más potentes y que por tanto producen una fuerte acción analgésica. Junto a serotonina y betaendorfinas, en los procesos moduladores y reguladores del dolor actúan la somatostatina, la sustancia P, la colecistoquinina y la sustancia Y.

Al avanzar en los conocimientos fisiopatológicos del dolor y sus distintas modalidades de tratamiento, se destacan los avances en el campo de la farmacología del dolor agudo, en lo referente al dolor crónico quedan todavía incógnitas por despejar.

Al prolongarse la expectativa de vida se ha disminuido asimismo la calidad de vida para un importante sector poblacional. Para 1982 (Bonica), el dolor crónico se presentaba hasta en una tercera parte de la población adulta.

VARIABLES PSICOLÓGICAS

Se ha hablado ya de las respuestas afectivas que dan una gama de variables psicológicas asociadas al dolor. Del conjunto de estas variables se ha estudiado más detenidamente el grado de neuroticismo, la extraversión-introversión, la autoestima como componente específico del autoconcepto y el lugar de control. Los sujetos más introvertidos, más neuróticos, con menor autoestima y con un locus de control externo tolerarían peor el dolor que los sujetos extrovertidos, estables emocionalmente, con mayor nivel de autoestima y con un locus de control interno.

Los esfuerzos para encontrar otras variables implicadas que lleven a describir "patrones de personalidad dolorosa" no han dado muchos resultados, pues en el mismo Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI-II) se encontró que en pacientes con dolor crónico en algunos casos presentan puntuaciones elevadas en las escalas de hipocondría, histeria, psicastenia y depresión, pero los resultados no fueron concluyentes (Costello, 1987).

VARIABLES SOCIALES

El ya clásico estudio de Zborowski comparó las respuestas al dolor en una muestra de pacientes judíos, italianos, irlandeses y descendientes de los primeros colonos ingleses. Mediante entrevistas y observaciones, este autor encontró que los judíos e italianos respondían al dolor de modo semejante, siendo ambos grupos muy emocionales y sensibles, sin embargo sus tendencias a exagerar sus actitudes ante el dolor era diferente en ambos grupos. Los italianos tendían a centrarse más en lo inmediato y se preocupaban por librarse del dolor. Los judíos parecían más preocupados por lo que significaba el dolor con respecto al futuro, es decir por la posibilidad de recuperación, con la consiguiente capacidad para desarrollar sus roles familiares y profesionales. Por su parte, los descendientes de los primeros colonos mostraban actitudes hacia el dolor semejante a las actitudes de los judíos respecto al futuro, siendo menos emocional y sensible esta respuesta. El estudio es una referencia para sugerir que las respuestas al dolor (el "sufrimiento") eran respuestas aprendidas

junto con otras actitudes y valores culturales, durante el proceso de socialización.

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Desde hace años, para tratar el dolor, se sigue un protocolo dictado por la OMS, que consiste en un tratamiento escalonado que comienza con la utilización de fármacos de potencia analgésica baja y termina con la administración de opiáceos este ascenso se produce de forma progresiva y preestablecida hasta conseguir el alivio del dolor.

Esto es de vital importancia, sobre todo, en los dolores crónicos, ya que a menudo se hacen resistentes a un determinado medicamento cuando se utiliza durante un tiempo prolongado. Además, como generalmente los dolores crónicos corresponden a enfermedades crónicas progresivas, la intensidad del dolor irá aumentando a medida que avanza la enfermedad.

- **ETAPA 1**

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son los fármacos indicados en el tratamiento del dolor leve a moderado. Éstos se pueden combinar con fármacos coadyuvantes (benzodiazepinas, antidepresivos, etc). La vía de administración de los AINES dependerá de la intensidad del dolor. La elección de uno de estos fármacos va a depender de muchos factores: el origen del dolor, sus características, los factores de riesgo, etc.

- **ETAPA 2**

Se debe pasar a esta etapa:

- A. Cuando el dolor no cede tras efectuar una prueba con analgésicos del grupo de los AINEs.
- B. Cuando la intensidad del dolor hace suponer que no va a responder a AINEs.
- C. Cuando el dolor que se aliviaba con AINEs ha dejado de hacerlo.

En este escalón se utilizan los fármacos del grupo denominado opiáceos débiles. La elección clásica al inicio del tratamiento es la codeína, habitualmente asociada con un AINE ya que ambos fármacos se potencian. Si no se resuelve el dolor se utiliza la dihidrocodeína y el tramadol. Otra opción es el dextropropoxifeno, pero tiene el inconveniente de producir alucinaciones a dosis altas. Igual que con la codeína, se pueden administrar con AINEs.

- **ETAPA 3**

Cuando el dolor es muy intenso (como por ejemplo el que se asocia a las neoplasias) y no se controla con las medidas anteriores, está indicada la utilización de un opiáceo potente. La morfina es el fármaco de elección, debido a la amplia experiencia disponible y a la posibilidad de ser administrado por vía oral. Debido a la posibilidad de provocar depresión respiratoria, nunca se deben mezclar los opiáceos débiles con los potentes, ni tampoco los opiáceos potentes entr

Desde el punto de vista farmacológico, el tratamiento del dolor agudo y crónico se basa en los mismos principios. En ambos es aplicable la Escala Analgésica de la OMS. No obstante, en algunos casos de dolor crónico se puede combinar el tratamiento farmacológico con otras estrategias no farmacológicas, tales como la psicoterapia, la terapia ocupacional o la rehabilitación con el propósito de mejorar la sintomatología, disminuir las limitaciones que pueda generar en el paciente, o para que éste aprenda a convivir con el dolor.

Fisioterapia

El personal de enfermería, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales que están implicados en el cuidado integral de los pacientes con dolor crónico son los responsables de aplicar tales tratamientos, los cuales van desde el baño diario, cambios posturales, movilización fuera de cama, fisioterapia respiratoria, masajes, terapia de calor, electroterapia o la misma relajación y actividades culturales y de esparcimiento.

Psicoterapia

Conjunto de técnicas y estrategias que persiguen modificar la conducta, cogniciones y estado emocional del paciente. Se suelen emplear técnicas de relajación, técnicas de modificación de conducta basadas en el condicionamiento operante, con objeto de reducir los elementos reforzadores del dolor y a la vez intentar disminuir la ingesta de analgésicos. Las técnicas cognitivas ayudan al paciente a disminuir la percepción del dolor mediante recursos como la distracción y la transformación imaginativa del dolor. Puede agregarse también psicoterapia de corte psicodinámico o psicoterapia de grupo de pacientes con dolor crónico.

EL PACIENTE TERMINAL

Existe la problemática psicosocial que se presenta ante la enfermedad terminal. El cómo lo viven el paciente, sus familiares o cuidadores y el mismo personal de salud. Hay una serie de factores que condicionan el proceso de morir de un individuo. Se debe tomar en cuenta el tipo de enfermedad, sus características, su duración y la presencia de dolor o de otros síntomas, además de la personalidad premórbida del paciente, sus experiencias relacionadas con la muerte y su estilo de vida, el soporte familiar o social con el que cuenta el paciente y deben tomarse en cuenta también los factores económicos y culturales al momento de su deceso. La medicina paliativa ha crecido mucho en los últimos años y se enfoca principalmente al control de los síntomas físicos de mayor gravedad y el apoyo emocional hacia el enfermo y su familia. Hay necesidades psicológicas que presentan los pacientes moribundos y que pocas veces son satisfechas y que determinan que los pacientes moribundos se sientan inseguros porque ven morir a otros pacientes, la falta de información sobre la evolución de su propia enfermedad, el ver a sus familiares silenciosos, alejados, negando o tratando de evadir la situación de encontrarse ante una enfermedad terminal. Si el paciente presenta adecuado estado de consciencia neurológica y es capaz todavía de realizar introspección y opinar sobre sí mismo, podría permitírsele decidir si se queda en el hospital o si pide su alta a su casa para morir en paz rodeado de sus familiares y en su hogar.

MODELOS PSICOLÓGICOS DEL ENFERMO TERMINAL

A. KUBLER-ROSS (1969). Cinco etapas: Negación, ira, regateo, depresión y aceptación.

B. STEDFORD. El modelo es circular ya que el enfermo puede presentar en etapa de ira o depresión una negación activa diferente a la primera negación y en etapas de depresión o aceptación una vuelta hacia la resignación.

C. BUCKMAN. Etapas inicial, crónica y final, en donde en la primera hay un afrontamiento activo, en la segunda una vivencia como tal de la enfermedad y en la tercera una aceptación de la muerte que no siempre se presenta.

Bibliografía.

1. Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain. Philadelphia:Lead & Febiger; 1990.
2. Lablanca Pérez MS, Collantes Casanova A. Escala terapéutica de la OMS. Antiinflamatorios no esteroideos (AINE). En: Ruiz Castro MA, editor. Manual práctico de dolor. Madrid: PBM; 2003. p. 24-40.
3. 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.
4. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press, 1994
5. Núñez-Olarte JM, Gracia Guillén D. Cultural issues and ethical dilemmas in Palliative and End-of-life Care in Spain. Cancer Control 2001; 8: 1-9
6. Atención al paciente en situaciones especiales. El enfermo con dolor y el enfermo terminal. Capítulo 12. p 263-276.