

Enfermería y dolor en el paciente oncológico avanzado

N. CODORNIU, E. CORRALES

RESUMEN

El dolor en cuidados paliativos es uno de los temas más relevantes por su incidencia y el significado que se le otorga en este contexto de enfermedad avanzada. La percepción dolorosa en esta situación se hace más compleja haciéndose necesario un abordaje multidimensional e interdisciplinar. Mirar el dolor en su globalidad: factores físicos, emocionales, espirituales, familiares nos ayudará en su control.

Enfermería en cuidados paliativos es un elemento clave en el equipo interdisciplinar, aportando con su proceso de actuación aspectos específicos de los cuidados. La entrevista, la observación, el contacto con paciente y familia, y las habilidades de comunicación, son instrumentos necesarios para un buen manejo del dolor.

Enfermería ha de tener conocimientos y formación sobre la valoración y evaluación del dolor, el manejo de fármacos, en especial los opiáceos, medidas no farmacológicas, educación sanitaria y apoyo emocional.

Palabras clave: Enfermería. Dolor. Cuidados paliativos. Educación sanitaria. Morfina. Apoyo emocional.

SUMMARY

Pain in palliative care is one of the most relevant subject due to its incidence and the meaning has pain in context of terminal ill. Pain perception in this situation turns more complex becoming necessary a multidimensional an interdisciplinary management. Looking pain in a global way: physical, family, emotional and spirituals factors will help to reach control pain challenge.

Nursing in palliative care is an key element in the interdisciplinary team, contributing with their actuation process specifics aspects. Nursing interview, observation, contact with patient and family and communicative skills are important instruments for a correct control pain.

Nursing have to get knowledges and formation about pain assessment, pharmacological management in special opioids, non-pharmacological measures, emotional support and health education.

Key words: Nursing. Pain. Palliative care. Health education. Morphine. Emotional support.

Enfermeras del Servicio de Cuidados Paliativos
Instituto Catalán de Oncología
Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Dirección para correspondencia:
Instituto Catalán de Oncología
Servicio de Cuidados Paliativos
Gran Vía km 2,7
08897 Hospitalet de Llobregat
Tel.: 93 2607789 - Fax: 93 2607829
E-mail: emedina@scs.es

INTRODUCCIÓN

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los enfermos con cáncer y, sin duda, uno de los más esperados y preocupantes para el enfermo, familia y equipo. Existen diferentes definiciones del dolor; la Asociación Internacional del Dolor define este síntoma como: «Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real o posible, o descrita en función de dicha lesión»; también McCaffery afirma: «Es lo que cualquier persona dice que es y existe siempre que la persona que lo sufre dice que existe», o bien como: «Una percepción somatopsíquica causada por un estímulo muchas veces físico y modulado por factores como el estado de ánimo, el significado y el ambiente» (Twycross y Lack). Esta última definición es la que más se aproxima a la situación del enfermo oncológico avanzado, ya que desde los principios de los cuidados paliativos entendemos el dolor como una percepción individual, cambiante y multifactorial, trabajando con los conceptos de dolor total definido por la Dra. Saunders en 1967, el concepto de multidimensionalidad definido por McGuire y diferenciando entre dolor y sufrimiento, siendo el dolor un estímulo sensorial desagradable producido por mecanismos fisiopatológicos y el sufrimiento como un mecanismo producido por procesos emocionales asociados a la situación.

La atención a enfermos avanzados de cáncer por equipos de cuidados paliativos está centrada en el control de síntomas y en el apoyo emocional del enfermo y de su entorno. Estos instrumentos terapéuticos se relacionan entre sí y precisan de profesionales formados en diferentes disciplinas para su desarrollo.

El eje vertebral del abordaje terapéutico en el control de síntomas es el tratamiento farmacológico. A su vez, el control de los síntomas y del dolor es la base donde se apoyan todos los profesionales para poder desarrollar estrategias más globales.

El dolor es uno de los síntomas paradigmáticos en la atención del enfermo terminal, siendo la primera causa de consulta en nuestro servicio de cuidados paliativos. La prevalencia del dolor en enfermos con cáncer puede ser en el momento del diagnóstico del 20 al 50%. En la enfermedad avanzada terminal la incidencia del dolor puede ser superior al 75%. El 80% de los enfermos atendidos presentan más de un tipo de dolor, de etiología diferente, de intensidad grave y de más de 3 meses de evolución durante la primera visita.

Según Twycross, las principales causas que originan dolor en el paciente terminal de cáncer son las siguientes:

- Localización de tumor: por invasión directa de estructuras que producen dolor (huesos, vísceras, partes blandas, sistema nervioso central o periférico, etc.).
- Relacionadas con la evolución de la enfermedad: la debilidad o el encamamiento producen dolor articular o muscular, el esfuerzo y dolor producido por el estreñimiento secundario a medicación con mórficos, etc.
- Secundario al tratamiento: la cirugía produce síndromes dolorosos postoperatorios tras toracotomía, mastectomía, laparotomía; la quimioterapia puede producir mucositis, polineuropatías; la radioterapia produce, en ocasiones, ulceración de partes blandas, fibrosis, etc.
- No relacionadas con la enfermedad: en algunos casos el dolor no es debido al cáncer ni al tratamiento recibido, sino dolores asociados a otras patologías como lumbalgias, artrosis, etc.

Independientemente de la causa que origine el dolor, el sistema de valores vigente en nuestra cultura, a la vez que conduce a un distanciamiento de la muerte reclama en ese proceso la eliminación del dolor o al menos su control, como condición deseable y exigible en correspondencia con desarrollo actual de la ciencia. Podemos, pues, considerar el control del dolor como uno de los elementos que influyen en la percepción y valoración subjetiva de la calidad del servicio que reciben.

El uso de analgésicos para el control del dolor en enfermos con cáncer avanzado, a menudo, no son suficientes por sí solos porque ante un síntoma multidimensional el abordaje tiene que ser global, incluyendo medidas no farmacológicas, apoyo emocional y medidas ambientales. En ocasiones se precisa de tratamientos más específicos paliativos que contribuyan al alivio del dolor, como la radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia entre otras intervenciones. Por otro lado, el abordaje ha de ser multidisciplinar, repartiendo esta responsabilidad con todo el equipo terapéutico. Cada miembro del equipo tiene una parte importante de información específica referente al dolor, y cada disciplina puede aportar elementos propios, que puestos en común nos permitan iniciar su prevención, su diagnóstico y su tratamiento. Por este motivo, es necesario unificar el lenguaje y definir objetivos generales y también específicos de cada disciplina. Les personas implicadas en mayor grado en este

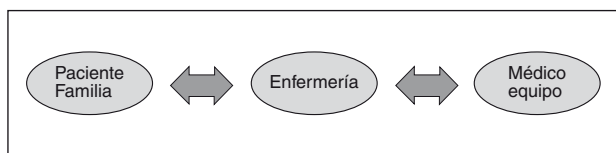


Figura 1.

proceso son el enfermo, la familia, el médico y la enfermera.

Enfermería es una pieza fundamental, por ser la responsable de los cuidados del enfermo y ser el «enlace» entre éste, el médico y, también, la familia, (Fig. 1).

RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA FRENTE AL DOLOR

La necesidad de intervención delante de una persona con dolor hace que la enfermera inicie el proceso de actuación, basado fundamentalmente en la experiencia clínica y en las revisiones bibliográficas. El modelo que más se aproxima a nuestro trabajo diario es el propuesto por McCaffery introduciendo elementos propios y específicos de los cuidados paliativos. El proceso de actuación de enfermería ha de seguir los siguientes pasos:

1. Valoración del dolor.
2. Identificación del dolor y problemas asociados.
3. Planificación y actuación.
4. Evaluación del proceso.

1. Valoración

Hacer una detallada valoración del dolor es básico y clave para recoger la máxima información, establecer una correcta planificación y evaluar estrategias de tratamientos y cuidados. La primera fuente de información ha de ser la persona con dolor, ya que es el que mejor nos describirá las características de su dolor, la intensidad y su grado de bienestar. Conjuntamente, la revisión de la historia clínica y la exploración física serán los dos instrumentos que nos ayudarán en esta labor.

La valoración constituye, a su vez, un proceso continuado a lo largo de toda nuestra intervención. Enfermería utilizará como métodos diagnósticos la

entrevista y la observación, que junto a la comunicación son los elementos esenciales para iniciar los cuidados de enfermería que son los propios.

- La entrevista con el enfermo permite obtener datos que ayudarán a establecer el diagnóstico clínico, pero al mismo tiempo nos permitirá valorar la percepción y adaptación individual al dolor y comprender su experiencia y efectos sobre su vida. Es decir, la entrevista, además de la parte diagnóstica, tiene una parte terapéutica que ofrece la posibilidad de expresarse, de comunicarse y de compartir. Durante la entrevista se atiende simultáneamente a dos niveles de información, que según Torras de Bea serían: «el contenido manifiesto, el contenido latente o inconsciente y la interacción entre los dos». La habilidad del entrevistador radicará en captar los mensajes que surgirán de cada contenido, elaborar con ellos una hipótesis, y contrastarla con el enfermo, que será quien nos dirá el grado de aproximación a nuestra interpretación. La información que la familia da en referencia al dolor es importante recogerla porque, por un lado, nos ayudará a entender su vivencia como familia delante de la enfermedad y, por otro, puede proporcionar información no manifestada por el enfermo susceptible de trabajarla, por ejemplo: miedo al tratamiento, a la adicción, a las dosis extras de medicación, a la tolerancia (miedo a que no haga efecto), a la pérdida de control, a las limitaciones de las actividades de la vida diaria, impacto emocional, social, etc.

Los datos a recoger se obtendrán, siempre que sea posible, directamente del enfermo; si la información viene dada por otra persona, deberá quedar registrado.

• Puntos claves a valorar durante la entrevista

➤ **Localización de la zona dolorosa:** Se pedirá al paciente que señale con su mano el lugar donde tiene el dolor, observando si se localiza en un punto fijo o irradia a otras zonas. En un mapa corporal marcaremos la zona dolorosa y le asignaremos un número con la finalidad de diferenciar los distintos tipos de dolor (Fig. 2).

➤ **Tiempo de aparición y evolución del dolor:** Meses, días, semanas, horas, etc.

➤ **Descripción de la calidad:** El registro de los adjetivos con los que el paciente describe su dolor nos dará información para determinar su origen. Por ejemplo: punzante, opresivo, descarga, pulsátil, hormigueo, etc.

➤ **Descripción del patrón del dolor:** Determinar la frecuencia del dolor: constante, intermitente, oca-

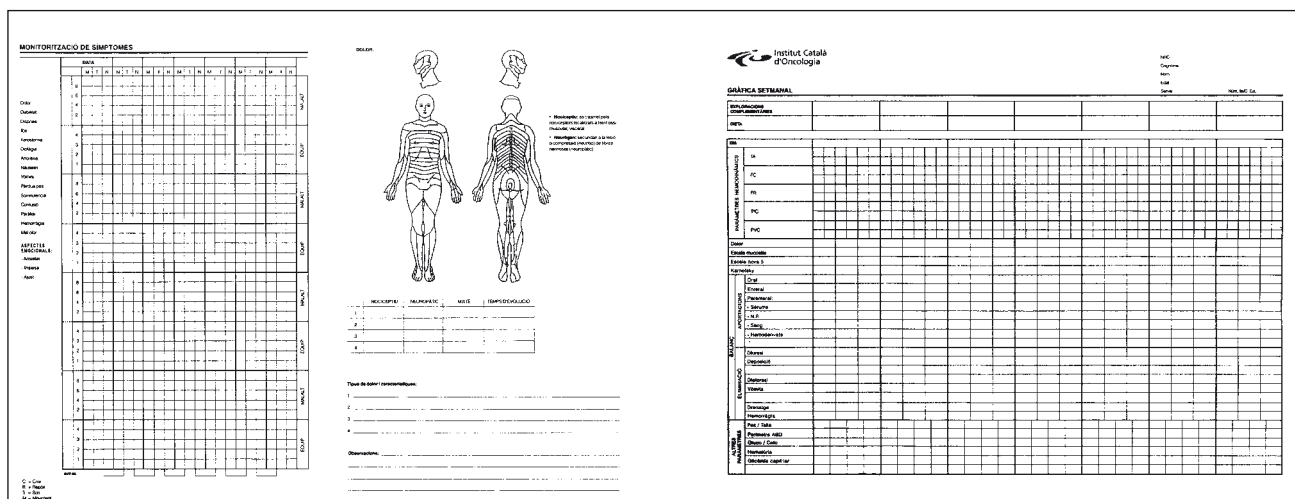


Figura 2. Hoja mapa corporal y monitorización síntomas.

sional; momento del día en el que el dolor predomina: al levantarse, al movilizarse, por la noche; si es fijo o variable, número de crisis, duración (minutos, segundos, horas).

➤ **Intensidad:** Se medirá mediante la aplicación de una escala de valoración que ayudará al paciente a comunicar la intensidad de su experiencia dolorosa. Es decir, se recogerá la experiencia subjetiva que representa el dolor, en forma de números o palabras, transformándola en una descripción lo más objetivable posible para el profesional. La escala que utilizaremos será la numérica del 0 al 10. El 0 se entenderá como «la ausencia absoluta de dolor» y el 10 como «el dolor más insoportable que se pueda llegar a imaginar». Esta es la escala más sencilla y de más fácil comprensión. Se aplicará siempre que el paciente la entienda y que tenga sentido para el enfermo. Se hará de forma naturalizada y nunca como una imposición. Cuando el enfermo presente dudas o dificultades para su realización, se deberá establecer una estrategia de aprendizaje, dado que la eficacia mejora con la práctica. Si las dudas o dificultades persisten, lo mejor es renunciar al método. Si la escala numérica falla, se puede utilizar la verbal o descriptiva mediante la utilización de adjetivos como nada - poco - bastante - mucho - insoportable.

Las ventajas de utilizar una escala numérica para describir la intensidad del dolor son varias, según McCaffery:

- Comprender más claramente la experiencia del enfermo.
- Dar consistencia a la interpretación y unificar criterios para la clasificación del dolor. Por ejem-

plo: se entiende mejor decir «tiene dolor 9/10» que «tiene mucho dolor», en el que interviene más la subjetividad de cada persona.

- Permite un registro gráfico de la variación del dolor en el tiempo y en la intensidad.
- Evaluar la eficacia del tratamiento.
- Facilita la expresión de la intensidad dolorosa.

Su registro en una hoja de monitorización mediante un gráfico nos permite objetivar la subjetividad del dolor, actualizarlo de forma sencilla y visual y ayuda a valorar los posibles cambios en el tratamiento (Fig. 2).

➤ **Factores desencadenantes del dolor:** Tales como el movimiento, el reposo, la deambulación, la sedestación, las curas, etc.

Por ejemplo: en el paciente oncológico avanzado se pueden presentar de forma habitual alteración del patrón de integridad cutánea, siendo las úlceras por presión y las úlceras oncológicas malignas una de las causas de dolor que se infradiagnostican frecuentemente²⁰. El dolor de estas lesiones puede desencadenarse, en primer lugar, como consecuencia de un procedimiento específico, un desbridamiento; en segundo lugar, durante la cura habitual, o bien ser un dolor continuo en la zona lesionada. Enfermería ha de identificar durante la cura qué características tiene el dolor: su calidad, los puntos dolorosos, factores que alivian o aumentan el dolor.

➤ **Factores que alivian el dolor:** Preguntar qué acciones lleva a cabo el paciente cuando tiene dolor; ponerse una dosis extra, aplicación local de calor o frío, adopción de posturas antiálgicas, repo-

so, relajación, etc. Es importante evaluar el grado de respuesta en la aplicación de estas medidas; disminución de la intensidad dolorosa, facilita el descanso, relajación, retomar las actividades de la vida diaria.

➤ **Factores que aumentan o disminuyen el umbral doloroso:** El silencio, un ambiente agradable, la compañía, son ejemplos de factores que aumentan el umbral doloroso; en cambio el ruido, el insomnio y la soledad pueden disminuir el umbral doloroso haciendo menos tolerable esta percepción.

➤ **Alteración de las necesidades básicas y de las actividades de la vida diaria (AVD):** Enfermería tiene un papel muy importante en valorar el impacto que para la persona tiene el dolor en las necesidades básicas como la eliminación, la respiración, y en las actividades como la movilización (deambulación, caminar y durante cuánto tiempo; subir y bajar escaleras, movilizaciones cama-sillón, si tiene crisis de dolor al realizar un movimiento); el autocuidado (capacidad para vestirse-desvestirse, realizarse la higiene, el cuidado de la autoimagen); y el reposo-sueño (tiempo que puede estar en la misma posición, si el dolor le permite dormir y cuántas horas, en qué sitios puede estar en reposo).

La evaluación de estas áreas alteradas se hará teniendo en cuenta el nivel de autonomía relacionada con la evolución de la enfermedad.

➤ **Aparición de síntomas o signos asociados al dolor:** Sudoración, náuseas, vómitos, disnea, ..., que mejoran cuando el dolor desaparece.

➤ **Detección del impacto emocional:** La situación de enfermedad oncológica terminal tiene unas características específicas que la diferencian de otras etapas y de otras enfermedades: enfermedad incurable, progresiva, pronóstico de vida limitado, aparición de múltiples síntomas, deterioro físico, presencia implícita o explícita de la muerte. Esta situación, por sí misma, es causa de un fuerte impacto emocional en el enfermo, familia y equipo, haciendo que se otorguen significados específicos al dolor (por ejemplo: dolor indicativo de progresión del cáncer).

El proceso de adaptación en este contexto vendrá determinado por diferentes factores: grado de información que tiene el enfermo de su situación, control de los síntomas, disponibilidad de apoyo médico, familiar, social, etc.

Es fundamental dejar que el enfermo nos presente su dolor, lo defina, hable de las repercusiones de este síntoma en su vida, su significado.

En primer lugar, deberemos observar las conductas emocionales del paciente frente al dolor: silencio, llanto, irritabilidad, soledad, aislamiento, miedos, ..., diferenciando aquellas que son manifestaciones de la no adaptación. La repercusión del dolor en el área emocional nos ha de ayudar a reconocer las situaciones en las que la intervención psicológica específica ha de formar parte del abordaje del dolor.

Algunos de los puntos de observación que ayudan a detectar la necesidad de intervención psicológica específica:

- Cambios significativos del estado de ánimo o personalidad en los últimos días: referidos por el paciente o por la familia (por ejemplo: «él no era así»).
- Presencia de signos de malestar emocional intenso de varios días de duración: angustiado, tenso, asustado, lloroso, aislado, amargado, inquieto, enfadado, etc.
- Cuando no percibe la situación de forma realista o cuando tiene una conducta inapropiada a la situación: demandas exageradas, encamamiento voluntario, poca colaboración.

• La observación

La observación también es una habilidad que se aprende con la práctica y permite detectar expresiones de dolor manifestadas por adopciones de posturas antiálgicas, gestos, cambios de conductas, expresiones de dolor, cansancio, etc.

Es necesario tener en cuenta el efecto que la presencia de una persona extraña puede tener sobre el comportamiento de la otra persona. Para minimizar esto, es necesario favorecer un clima de confianza.

La observación ha de ser neutral, natural, objetiva y manteniendo una actitud de escucha. El compartir lo observado con el paciente, la familia y el resto del equipo nos ayudará a confirmar nuestra percepción (Fig. 3).

2. Identificación

La valoración detallada y precisa del dolor nos da la información necesaria para poder identificar el tipo de dolor, y así aplicar de forma inmediata las medidas de tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico para su control, la prevención y la actuación en el momento de las crisis. Esto es especialmente importante en la situación de enfermedad avanzada, ya que el paciente puede



Figura 3.

presentar más de un dolor y de diferentes tipos al mismo tiempo. Saber reconocer el tipo de dolor nos ayudará a tratarlo correctamente. Por ejemplo: es necesario saber que si el paciente tiene dolor producido por metástasis óseas debemos evitar un incremento del dolor durante la higiene y las movilizaciones, administrando analgesia extra antes de estas actividades.

3. Planificación y actuación

Abordar el problema estableciendo los objetivos y el plan de actuación conjuntamente con el equipo, el enfermo y familia, y respetando las decisiones tomadas, nos ayudará a conseguir lo pactado y asumir los límites.

Los objetivos deberán ser realistas, buscando una mejoría gradual y progresiva, estableciendo prioridades, informando de ellos al enfermo y reevaluándolos continuamente.

El plan de actuación de enfermería tiene que incluir diferentes aspectos:

- Medidas farmacológicas.
- Medidas no farmacológicas.
- Educación sanitaria.

Las funciones de enfermería en el tratamiento farmacológico son:

- Detectar la eficacia de la pauta de analgesia y las dosis extras.
- Preparación y administración del tratamiento según pauta.
- Detectar la necesidad de analgesia, de aumento de analgesia o cambio de pauta.

- Supervisar y facilitar el cumplimiento del tratamiento.

- Detectar los efectos secundarios de forma temprana.

- Informar al resto del equipo de los cambios, complicaciones del tratamiento.

- Proporcionar información y educación sanitaria a paciente y familia sobre el tratamiento.

Enfermería ha de tener conocimientos en el manejo y administración de fármacos analgésicos más frecuentes:

- Indicaciones, duración analgésica, tiempo de respuesta, efectos secundarios.

- Conocimientos sobre la escala analgésica de la OMS.

- Utilización de las dosis extras.

- Saber escoger el fármaco en función del tipo de dolor.

- Actuación en caso de efectos secundarios graves. Ej.: depresión respiratoria, intoxicación por opiáceos.

- Conocimientos sobre otros tratamientos antiálgicos: RDT, QMT, hormonoterapia, medidas ortopédicas.

- Vías de administración, aproximación de la dosis equianalgésica en el cambio de vida, prevención de problemas en el cambio de vía.

En cuidados paliativos la elección de la vía de administración de la analgesia ha de ser individualizada. El control del dolor, la situación de la enfermedad, la comodidad, la autonomía y la aceptación del enfermo han de ser criterios que orienten al equipo. La vía de elección para la administración de fármacos analgésicos es la vía oral, seguida de la vía subcutánea (ver tabla).

Tabla vías de administración

Vía oral: cómoda, segura, eficaz, autónoma

Vía sublingual: muy pocos fármacos, muy buena absorción

Vía rectal: situación agónica, pocos fármacos

Vía intramuscular: dolorosa para los pacientes

Vía transdérmica: cómoda, cara, sólo para pacientes con dolor controlado

Vía endovenosa: cara, hospitalaria, mayores efectos secundarios

Vía subcutánea: cómoda, económica, no efectos secundarios, variedad de fármacos

En cuidados paliativos la vía subcutánea es la vía de elección en situaciones de disfagia, situación agónica, trastornos cognitivos, no control del dolor, náuseas y vómitos, deshidratación. Se puede administrar de dos formas: en primer lugar, en forma de *bolus* y, en segundo lugar, mediante el sistema de infusión continuo subcutáneo, utilizando bombas de infusión de diferentes tipos.

Las zonas posibles de punción son varias y se deberán ir rotando: zona del deltoides, zona infraclavicular, zona abdominal, zona subescapular, extremidades inferiores.

Los cuidados específicos de la vía subcutánea son: observación del punto de inserción y la palomita cada 24 h, valorando signos de inflamación, eritema, reflujo, infección.

• Medidas no farmacológicas

La nueva forma de vida centrada en la enfermedad y el dolor, el aburrimiento y la adaptación entre las posibilidades físicas y las actividades de la vida cotidiana que el dolor permite, son factores en los que enfermería puede intervenir. Sabemos que la aplicación de medidas no farmacológicas en el control del síntoma, contribuyen a la disminución de la percepción en la intensidad del dolor, mejoría de la ansiedad, aumento del control del síntoma, participación de la familia en el control, refuerza la relación con el cuidador, etc. Por tanto, existen razones suficientes para resaltar la relevancia de estas medidas.

La aplicación individualizada y según respuesta de calor local, frío, mentol, masaje, relajación, movimientos, cojines, baños calientes, deben ser los criterios de elección de estas medidas. Algunas de ellas son:

- Las técnicas de estimulación cutánea, aplicadas con intención de mejora de la percepción dolorosa, presentan un riesgo muy bajo de causar lesiones porque tienen sólo un efecto superficial sobre la piel y el tejido subcutáneo; por este motivo, precisan nociones muy básicas para su aplicación y no es necesario un experto para llevarlas a cabo.
- El masaje superficial tiene efectos relajantes y mayoritariamente es agradable su aplicación. El bienestar que produce el contacto es tranquilizador y contrasta con la sensación de dolor.
- Las aplicaciones de calor/frío al igual que el masaje tienen un efecto directo en la piel y tejido subcutáneo y la aplicación de uno u otro depende de la respuesta y el grado de tolerancia de cada persona.

- La aplicación tópica de una sustancia que contenga mentol es como un método de analgesia externa y crea una sensación cutánea similar al calor/frío que alivia el dolor disminuyendo su percepción.

Promover la creación de un ambiente que propicie la aplicación de las anteriores medidas y favorezca el entendimiento y confianza con el equipo. Escuchar, reconocer su dolor, transmitir acercamiento, entender ..., en un ambiente tranquilo, evitando ruidos, respetando el silencio de la noche, en un espacio acogedor, etc. Estas medidas tienen como finalidad modular el umbral de tolerancia al dolor haciendo que sea más soportable, independientemente de su existencia (Fig. 4).

• Educación sanitaria

Enfermería, como mediatizadora de la comunicación entre paciente-familia y equipo, debe favorecer que el abordaje del dolor incluya, además de la prescripción terapéutica, la información y educación sanitaria del paciente y familia.

Según Seppilli: «Educación sanitaria es un proceso de comunicación interpersonal, dirigido a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud y para responsabilizar a los grupos sociales y a los individuos en la elección de comportamientos que inciden directa o indirectamente sobre la salud física y psíquica de las personas y de la colectividad».

La bibliografía consultada destaca que la participación activa del enfermo y familia favorece el cumplimiento terapéutico.

Por otro lado, entendiendo el dolor como experiencia subjetiva y modulada por diversos factores (emocionales, sociales, relacionales, culturales), el enfoque de la educación sanitaria que enfermería ha de realizar es también multifactorial.

• Educación sanitaria a la familia

El dolor y la amenaza de la muerte genera también en la familia del enfermo una variada y compleja situación, que anteriormente definíamos como impacto emocional, que deberíamos saber reconocer como tal y no como una reacción propia e individual de aquella familia. Algunas de las manifestaciones del impacto pueden ser: negación, infantilización, conspiración de silencio, sobreprotección, exceso de realismo ..., que conducen a reacciones diversas como pueden ser cambios de comportamiento (nerviosismo, insomnio, pérdida de apetito); estados de ánimo variables (tristeza, euforia, decaimiento); dificultades en la comunicación.



Figura 4.

Sabemos que la familia del enfermo avanzado participa activamente en la terapéutica y, por tanto, creemos necesario reforzar esta actitud desde el ámbito profesional como un instrumento indispensable en los cuidados del enfermo. A lo largo de la enfermedad, la familia irá modificando y adaptando su intervención terapéutica según el grado de autonomía que tenga el enfermo y la relación previa establecida entre el enfermo y el cuidador principal. Integrar a la familia en la terapéutica, igual que el enfermo, requiere apoyo y educación específica en el tratamiento a realizar, que le ayuden a reconocer el dolor y saber dar respuesta. La actuación de enfermería irá encaminada a ayudar a la familia a cumplir con su función cuidadora, mejorando así la calidad asistencial y ayudarla a participar en el proceso terapéutico.

➤ Objetivos de la educación sanitaria

- Informar de todos los aspectos relacionados con el abordaje del dolor: objetivos, tratamiento (fármacos a utilizar, efectos secundarios, posibilidad de dosis extras...).
- Dar elementos para que tengan respuesta frente a la situación dolorosa disminuyendo el impacto que genera no saber cómo controlar el dolor.
 - La aplicación de fármacos y medidas de control no farmacológicas
 - Prevención de los factores desencadenantes del dolor: deambulación, transferencias cama-silla, movimientos, sedestación, etc.
 - Aplicación de medidas aliviadoras: dosis extras, reposo, calor, relajación, etc.
- Favorecer el cumplimiento: importancia de los horarios, mejora de la administración, documentación específica, folletos informativos, sabor.

- Proporcionar seguridad en la utilización de los recursos.
- Promover la autonomía y la participación activa en el control del dolor del paciente y familia
- Desmitificar las creencias entorno a los opiáceos.

La morfina requiere especial dedicación y sensibilidad del equipo por los significados culturales, sociales y psicológicos que el paciente y familia puede otorgarle asociados a la enfermedad, el dolor, la muerte.

La presencia de mitos, miedos, reticencias a tomar morfina son frecuentes en nuestro ámbito de trabajo, siendo necesario un trabajo por parte del equipo dedicado a la explicación, facilitar espacios para la expresión de dudas, desmitificar con el objetivo de favorecer la adhesión al tratamiento y, por tanto, al control del dolor. Enfermería ha de hacer funciones de reforzamiento de la información, haciendo hincapié en los efectos secundarios, razones del uso de la morfina, seguimiento telefónico, aportación de documentación de apoyo, etc.

➤ Aumentar la capacidad cuidadora del familiar

- Integración y capacitación del cuidador en el tratamiento (utilización de dosis, cambios de palomitas, etc.).

La actuación se concreta en la puesta en marcha del plan terapéutico, aplicando las medidas de enfermería que irán encaminadas a resolver el problema. Así mismo, se informará al equipo médico de las medidas aplicadas en el control del dolor, así como del grado de respuesta a éstas.

4. Evaluación

La evaluación del proceso de actuación en relación con el dolor será continuada revisando los objetivos, el plan terapéutico y la aparición de nuevos tipos de dolor. La finalidad de la evaluación será la de establecer la eficacia del tratamiento³³. Nuevamente aquí, el instrumento más utilizado por enfermería serán las escalas analógicas por su fiabilidad y facilidad de comprensión³⁴.

El seguimiento de la eficacia/respuesta al tratamiento en el enfermo ambulatorio se hará mediante las visitas programadas y el control telefónico. El seguimiento telefónico es un buen recurso para conocer la respuesta del dolor cuando el paciente está en su domicilio y permite:

- Valorar la respuesta del dolor (total, parcial, no respuesta).

- Registro de la evolución del dolor.
- Aparición de efectos secundarios.
- Realizar variaciones en el tratamiento.
- Detección de nuevos dolores.
- Disponibilidad y accesibilidad del equipo.

La planificación de todo el proceso de actuación de enfermería deberá quedar registrada en la documentación del enfermo.

PUNTOS CLAVE EN LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Creer el dolor que manifiesta el paciente.
- Entender el dolor en su globalidad: física, emocional, familiar, social, etc.
- Adquirir conocimientos y formación en el manejo de fármacos.
- Saber identificar el tipo de dolor.
- Adquirir habilidades para detectar el sufrimiento emocional en el contexto más amplio: dolor, enfermedad, significados, atribuciones, etc.
- Saber aplicar medidas no farmacológicas.
- Detectar las dificultades del paciente y de su familia en el control del dolor, y que contribuyan a disminuir el grado de cumplimiento terapéutico: edad avanzada, bajo nivel cultural, paciente sin cuidadores, cansancio del cuidador, etc.
- Realizar educación sanitaria como instrumento de mejora en la adhesión terapéutica.
- Comprender que la enfermera es a menudo el nexo de unión entre paciente, familia y equipo nos ayudará a disminuir el impacto que esta situación nos genera.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Batiste X. Cuidados Paliativos en Oncología. Doyma Barcelona: 1995.
- McGuire D. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *J Pain Symptom Manage* 7: 312-9.
- Secpal. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid 1993.
- Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas: ICEPSS 1994.
- OMS. Alivio del dolor en el cáncer. 2.ª ed. Ginebra 1986.
- Salleras Sanmartí L. Educación sanitaria: Concepto, campos de acción, agentes y las bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. En: Piedrola Gil G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Cap. 68 9.ª ed. Barcelona: Masson-Salvat Medicina 1991: 1039-51.
- Modolo MA. Educación Sanitaria. Comportamiento y participación en Tendencias actuales en Educación Sanitaria. Compilación. De. Centro de análisis y programas sanitarios. Barcelona: CAPS 1987.
- Caja C. Enfermería Comunitaria 3. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería 1993.
- Larrea C. Antropología y Educación para la Salud. *Revista Rol de Enfermería* 1993;67:179-80.
- Gómez Sancho M. El problema del dolor. Historia y Análisis de un escándalo. *Rev. Medicina Paliativa* 1997; 4(1):20-34.
- Novel G, Lluch MT, Miguel MD, et al. *Enfermería Psicosocial y Salud Mental*. Barcelona: Doyma 1991.
- Chacón M. La intervención enfermera en el manejo del dolor en pacientes con cáncer. *Metas* 1999;12: 41-51.
- Expósito MC, Bruera E. Evaluación del dolor en Cuidados Paliativos. *Rev Medicina Paliativa* 1996;3(2):33-40.
- Estrada de Ellis S, Martí M. *Enfermería en Cuidados Paliativos*: Buenos Aires: Fundación Alberto J, Roemmers, 1998.
- Gómez Sancho M. Control de síntomas en el enfermo de cáncer terminal, Las Palmas de Gran Canaria: El Sabinal 1995.
- Sanz J, Gómez Batiste X, Gómez Sancho M, Núñez Olarte M. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ministerio de Sanidad y Consumo 1995.
- Flórez JA. La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Madrid: Zeneca Farma 1997.
- Laín P. Antropología médica. Barcelona: Salvat 1994.
- Anguera MT. Metodología de la observación. 2.ª ed. Madrid: Cátedra 1982.
- Gil P. Manual Psicooncología. Barcelona: Nova Sidonia 1999.
- Llimón A, Sibina M, Porta J, Ylla-Català E, Ferrer M. Utilización de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos. *Rev Medicina Paliativa* 1999;6(3):121-7.
- Astudillo W. Principios básicos para el control del dolor. *Rev Sociedad Española del Dolor* 1998;6(1):29-40.
- Morris D. La Cultura del dolor. Chile: Andrés Bello 1994.
- Kenny M, De Miguel JM. Antropología médica en España. Barcelona: Anagrama 1980.
- Meyer P. La revolución de los medicamentos. Mitos y realidades. Madrid: Doyma 199.
- Spencer D. Pain as a human experience. UK: Oxford 1995.
- Torres de Bea M. Comunicación interpersonal. Madrid: Salvat 1992.
- Harris J. Drug treatment in a drug oriented society. UK: Pharmakon 1992.

- Escotado A. Historia de las drogas. Madrid: Alianza Editorial 1990.
- Altamira J. El medicamento y su entorno. Barcelona: Laia 1978.
- Kleinman AM. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press 1980.
- Thomson A. Cancer, Ciencia y Sociedad. Madrid: Doyma 1994.
- Felipez D. Las metáforas del cancer. Navarra: Anagrama 1990.
- Laín P. Antropología Médica. Barcelona: Salvat 1984.
- Aliaga P. Opioides Orales. Barcelona: MCR 1993.
- De Conno F. Pain measurement in cancer patients: a comparison of six methods. Rev Pain 1994;57:161-6.
- Albuquerque E, Codorniu N, Corrales E. Morfina, Cáncer y vida Cotidiana. Revista Metas de Enfermería 2000; 24:28-37.
- IASP Subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain. Pain 1986;3(Suppl.):S1-S225.
- McCaffery M, Beebe A, EDS. El proceso de enfermería en las personas con dolor. En: Dolor. Manual clínico para la práctica de enfermería. Barcelona: Salvat 1992: 37-9
- Twycross RG, Lack SA (eds.). Therapeutics in terminal cancer. 2ª ed. Edinburgo: Churchill Livingstone 1990:11.
- Saunders CM. The Management of Terminal Illness: Hospital Medicine Publications, 1967. La autora describe este síntoma como una percepción física modulada por factores de tipo emocional, social y espiritual.
- McGuire D. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. J Pain Symptom Manage 7:312-9.
- Portenoy RK. Dolor en el cáncer: fisiopatología y síndromes. Lancet (ed. esp.) 1992:36-8.
- Datos extraídos de la actividad asistencial de Consultas Externas del Servicio de Cuidados Paliativos del año 1996.
- Twycross RG. Manejo terapéutico del dolor en el cáncer: guía de fármacos y posologías. Primary Care & Care 1988;3-12.
- Idea extraída de: Revista Metas de Enfermería 2000;24: 28-37.
- Chacón M. La intervención enfermera en el manejo del dolor en pacientes con cáncer. Metas 1999;12:41-51.
- Idem 9.
- Idem 2.
- Ramírez M. Proceso de enfermería en el control del dolor en Cuidados Paliativos. Rev Medicina Paliativa 1995;2(2):12-5.
- Expósito MC, Bruera E. Evaluación del dolor en Cuidados Paliativos. Rev Medicina Paliativa 1996;3(2):33-40.
- Lluch MT. Técnicas relacionales en Enfermería. En: Novel G, Lluch MT, Miguel MD, Sabater P, Pérez A, et al. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. Barcelona: Doyma 1991:205-16.
- Flórez JA. La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Madrid: Zeneca Farma 1997.
- Torres de Bea M. Comunicación interpersonal. Madrid: Salvat 1992.
- Porta J, Nabal M. Evaluación en Cuidados Paliativos. En: Gómez Batiste X. Cuidados Paliativos en Oncología. Barcelona: Doyma 1995:105-25.
- McCaffery M. Dolor. Manual Clínico para la práctica de enfermería. Barcelona: Salvat editores 1992.
- Casey Bsc G. The management of pain in wound care. Nursing Standard. Britain 1998;13(12):49-54.
- Schröder M. Atención Psicológica en el paciente oncológico avanzado. En: Gil P. Manual Psicooncología. Barcelona: Nova Sidonia 1999:173-208.
- Idem 21.
- Idem 15.
- En 1997 se realizó Estudio vías de administración de fármacos en el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología.
- Bondjale T, Albuquerque E, Ferrer M. Medidas no farmacológicas del tratamiento del dolor. En: Gómez Batiste X, Cuidados Paliativos en Oncología. Barcelona: Doyma 1995:197-204.
- Definición recogida en el artículo de Larrea C. Antropología y Educación para la Salud. Revista Rol de Enfermería 1993;179-80:67.
- Afirmación extraída de Salleras Sanmartí L. Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y las bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. En: Piedrola Gil G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Cap. 68.9.ªed. Barcelona: Masson-Salvat Medicina 1991:1039-51.
- Idem 18, pp. 1049-50. Existen diferentes modelos teóricos que explican las bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud, y orientan la aplicación de la educación sanitaria teniendo en cuenta diferentes factores. El modelo de creencias, el modelo político, el modelo pragmático, son algunos de ellos. El enfoque multifactorial o pragmático afirma que para conseguir el cambio o el cumplimiento del tratamiento es necesario incidir de forma global en todos los aspectos relacionados; factores psicológicos, sociológicos, culturales, legislación, etc.
- Referencia al Manual *Dolor y Morfina* elaborado durante el año 1998-1999 para pacientes y familias, y con la colaboración de diferentes entidades sanitarias.
- Salvador G, psiquiatra del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología en Cuidados a la familia. En: Cuidados Paliativos de Oncología. Barcelona: Doyma 1995:200-8.
- Albuquerque E, Codorniu N, Corrales E. Morfina, Cáncer y Vida Cotidiana. Revista Metas de Enfermería 2000; 24:28-37.
- Idem 22.
- Porta J. Evaluación de los Resultados de la Terapéutica. III Simposio sociosanitario. Barcelona 1993.
- McCaffery M. Dolor. Manual Clínico para la práctica de enfermería. Barcelona: Salvat (eds.); 1992:123.