

Valoración de dolor al paciente en la unidad de terapia de adultos

Pain assessment for the patient in the adult therapy unit

Avaliação da dor do paciente na unidade de terapia para adultos

Autora

Irazábal, Mariángeles¹
<https://orcid.org/0000-0001-5119-7278>



Resumen: la mirada histórica retrospectiva del dolor nos posiciona frente a su coexistencia con la humanidad. Cada cultura tuvo su peculiar manera de afrontarlo, darle significado y tomar sus medidas de alivio. La ciencia, desde su lugar, ha desarrollado conceptos explicando razones y orígenes de su presencia. Las ciencias médicas en su anhelo de aliviar las dolencias de las personas, elaboraron escalas de evaluación del dolor. En las terapias intensivas, donde el estado de conciencia del paciente varía acorde a la necesidad que se produce a fin de resolver su patología o el motivo de ingreso a este servicio, resulta necesario valorar su estado neurológico para poder así determinar con precisión la escala de evaluación del dolor que aporte el resultado más oportuna según el momento preciso. Debido a los cuidados que lleva a cabo el profesional de enfermería con los internados, es quien permanece mayor tiempo con ellos; pudiendo cultivar una relación interpersonal más profunda, y debido a lo cual, no sólo colaborar en el alivio del dolor, sino también, si fuera necesario, ayudar a que encuentre el sentido a éste, en palabras de Travelbee. Para poder implementar dicha idea, el objetivo del presente protocolo, se define el siguiente objetivo: «Tomar acuerdo e implementar el uso adecuado y continuo de las escalas del dolor, en el paciente de terapia intensiva de adultos, de acuerdo a su grado de conciencia, a fin de reducir el dolor durante su estadía de internación.»

Palabras clave: dolor, Paciente crítico, Escala del dolor, Escalas neurológicas

Abstract: the retrospective historical view of pain positions us in front of its coexistence with humanity. Each culture had its own way of dealing with it, giving it meaning, and taking its relief measures. Science, from its place, has developed concepts explaining reasons and origins of its presence. The medical sciences in their desire to alleviate people's ailments, developed pain assessment scales. In intensive therapies, where the patient's state of consciousness varies according to the need that occurs in order to resolve their pathology or the reason for admission to this service, it is necessary to assess their neurological status in order to accurately determine the scale of pain assessment that provides the most timely result according to the precise moment. Due to the care carried out by the nursing professional with the interneers, it is he who stays with them the longest; being able to cultivate a deeper interpersonal relationship, and due to which, not only collaborate in the relief of pain, but also, if necessary, help it find meaning to it, in the words of Travelbee. In order to implement this idea, the objective of this protocol, the following objective is defined: "Agree and implement the adequate and continuous use of pain scales, in the adult intensive care patient,

¹ Licenciada en enfermería, Especialista en Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico. Unidad de Terapia Respiratoria, Hospital San Luis. mariangelesilvina@gmail.com

according to their degree of consciousness, in order to reduce pain during your hospital stay."

Keywords: pain, critical patient, neurological scale, pain scale.

Resumo: a visão histórica retrospectiva da dor nos posiciona diante de sua convivência com a humanidade. Cada cultura tinha sua própria maneira de lidar com isso, dando-lhe sentido e tomando suas medidas de alívio. A ciência, a partir de seu lugar, desenvolveu conceitos que explicam as razões e as origens de sua presença. As ciências médicas, em seu desejo de aliviar as doenças das pessoas, desenvolveram escalas de avaliação da dor. Nas terapias intensivas, onde o estado de consciência do paciente varia de acordo com a necessidade que ocorre para a resolução de sua patologia ou o motivo da admissão neste serviço, é necessário avaliar seu estado neurológico para determinar com precisão a escala de avaliação da dor que fornece o resultado mais oportuno de acordo com o momento preciso. Devido aos cuidados realizados pelo profissional de enfermagem com os internos, é ele quem fica com eles por mais tempo; ser capaz de cultivar um relacionamento interpessoal mais profundo, e por isso, não só colaborar no alívio da dor, mas também, se necessário, ajudá-la a encontrar sentido para ela, nas palavras de Travelbee. Para concretizar essa ideia, objetivo deste protocolo, é definido o seguinte objetivo: "Acordar e implementar o uso adequado e contínuo de escalas de dor, no paciente adulto em terapia intensiva, de acordo com seu grau de consciência, a fim de reduzir dor durante a sua internação. "

Palavras chave: dor, paciente crítico, escala neurológica, escala de dor.

Introducción

La historia de la humanidad refleja su convivencia con el dolor, manifestada en sus manuscritos, tomando diferentes matices y medidas de afrontamiento en cada sociedad. Sin embargo, recién en el año 1973, se funda la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, integrada por científicos, médicos, proveedores de atención de la salud y responsables de políticas para estimular y apoyar el estudio del dolor, y mejorar su alivio. En 1974 publican el primer boletín de la IASP. Plasmando el concepto de dolor, en 1979, como la "experiencia subjetiva, sensorial y emocional desagradable que se asocia a un daño real o potencial de los tejidos." Lográndose en 2004 la primer Campaña Global Contra el Dolor en Ginebra, coauspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Internacional del Dolor (IASP) y la Federación Europea de Capítulos del IASP (EFIC), declarándose que "el alivio de dolor debería ser un derecho humano"¹. Los estudios que evidenciaban la importancia de valoración en el paciente crítico, comenzaron a surgir después del ochenta, y con ellos las recomendaciones y guías de The Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations (JCAHO), la Agency for the Study of Pain (ISAP) y la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC).²

El concepto de dolor siempre tuvo su base como un mecanismo protector del sistema nervioso, su función es detectar los estímulos potenciales de causar daño al tejido; es la percepción de una sensación o sentimiento que la persona define como tal, describiéndolo de acuerdo a sus características. La sensación de dolor se categoriza en – dolor agudo inicial rápido: “epicrítico”, y un dolor lento de larga duración: “protopático.” Esto es consecuencia de la diferencia de velocidad de los impulsos nerviosos por lo cual, las fibras C producen la sensación del dolor retrasado, embotado; y las fibras A& producen un dolor agudo, rápido. Diversos estudios científicos han evidenciado que la omisión del tratamiento de dolor provoca daño fisiológico.^{3 4 5}

Desde la dimensión fisiológica se ha definido al dolor protector como mecanismo del cuerpo; debido a un tejido lesionado. Este concepto, es precario ante situaciones de dolor crónico. Kleimnman y col. afirma que los tratamientos del dolor insertos en un entramado cultural remiten a procesos simbólicos que interrelacionan cuerpo y Selfcon. Refiere a los significados y relaciones que cambian como parte de transformaciones sociales y culturales.

En 1969, Mark Zborowski publica la influencia de la cultura en la percepción y la manifestación del dolor. Estudios de etnolingüística relevaron la imposibilidad de determinadas expresiones en otros idiomas. La persona enferma reacciona, evalúa y construye su identidad, su percepción de sí y del problema que enfrenta. La comprensión del dolor aparece en la interacción con el otro.⁶

El antropólogo Le Breton afirma que “la causalidad fisiológica no puede explicar por sí sola la complejidad de la relación del ser humano con su dolor. El médico René Lariche concluye luego de su trabajo: “los que sufren, sufren como dicen, y aportan a su dolor una atención extrema, sufren más de lo que podemos imaginar.” Todas las manifestaciones de dolor, desproporcionadas, placenteras, persistentes, ausentes, etc; revelan la relación hombre-cuerpo “como una compleja trama de datos existenciales y fisiológicos”. La asimbolía del dolor refleja la incapacidad o indiferencia ante cualquier atentado a su integridad corporal. Por el contrario cuando la manifestación de éste resulta desproporcionada, su reputación se pone en duda e irrita a quienes lo rodean. El que padece dolor sabe que nadie entenderá lo que sufre, lo cual lo conduce a la soledad; lo exhibe. Alimenta el sentimiento de ser una carga para los que lo rodean; le va demostrando su pérdida de soberanía, y dependencia del equipo de salud, en espera a resolver por medio de analgesia su demanda; percibido como un síntoma de alarma, el dolor recibe sus primeros cuidados tendientes a aliviarlo y en búsqueda de causas patológicas orgánicas que lo expliquen. La sobredosificación provoca en ocasiones estados de inconsciencia, que impiden la comunicación con los seres queridos en las últimas horas de su existencia. “Para comprobar la intensidad del dolor del otro es necesario convertirse en el otro”, afirma el antropólogo. La forma de reaccionar del individuo frente al dolor tiene relación directa con lo vivido en los primeros años. Los gestos, el tono de voz, la atención o indiferencia, los

significados percibidos de lo expresado en su entorno, todo ello en su conjunto va a marcar a modo de sello su relación con el sufrimiento. Como lo demuestran diversos autores (Zborowski, M., en 1954; Zola, entre el año 1960-1961; Koopman, C.; Eisental, S. y Stoeckle, J.D., en 1984) los esquemas culturales reflejan la percepción y afrontamiento del dolor. Actualmente, las sociedades heterogéneas, influenciadas por múltiples culturas presentan en la actualidad un entramado de actitudes.⁷

Según Bates, “los componentes críticos del proceso de evaluación del dolor incluyen una determinación de su localización, descripción, intensidad, duración, factores de alivio y agravamiento (p.ej., recetas herbales, alcohol o incienso), cualquier factor asociado (náusea, vómito, estreñimiento, confusión o depresión), para asegurar que el dolor no es tratado de forma aislada respecto de las comorbilidades; y su impacto en la vida del paciente.” Además del factor perceptivo subjetivo y las variables que intervienen en la tolerancia del dolor, el manejo del dolor es complejizado de acuerdo a su tiempo de evolución. Este puede ser agudo, crónico y agudo sobre crónico. Asimismo, se clasifica según su origen en: somático, visceral y neuropático.⁸

El desarrollo de escalas de valoración del dolor ha contribuido al propósito de alivio, dándole la posibilidad al paciente de manifestar la intensidad de dolor, características, ubicación.^{9 10}

En terapia intensiva, el estado de conciencia del paciente puede variar de acuerdo a los requerimientos de analgo-sedación acorde vaya evolucionando su estado general de su patología. El uso de sedación en los pacientes críticos se corresponde con a mejorar la adaptación a la ventilación mecánica, disminuir los niveles de ansiedad, de estrés, prevenir lesiones relacionadas con la agitación, tratar dolores que produce el motivo de internación (cirugías, accidentes, etc.) o el sólo hecho de la inmovilidad y los procedimientos invasivos. Las guías de sedación para terapias intensivas surgieron desde 2013, el uso de sedación superficial o las pruebas de interrupción diaria de las mismas, aunque aún no existe un consenso establecido en la definición de sedación superficial, moderada y profunda. La recomendación de las guías es que los médicos planteen un nivel objetivo de sedación en cada paciente adulto críticamente enfermo con requerimiento de ventilación mecánica. De acuerdo, a eso llevar a cabo la implementación de escalas definidas en el servicio sobre estados de conciencia, y respuesta a la interrupción de la sedación. La cual, según la *recomendación 5* de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) sugiere “pacientes ventilados con ventilación mecánica, evaluar diariamente la menor dosis de sedación necesaria.” Definir los conceptos planteados en la valoración de las descripciones de las escalas aporta una herramienta básica para evitar subjetividades en los resultados de dicha valoración. Y de acuerdo a los valores de escala de conciencia, realizar la elección de la escala de valoración del dolor más oportuna para el paciente en cada momento. Considérese que si bien el servicio debe protocolizar y aplicar el uso de una escala de valoración neurológica, ha de considerarse

también que ésta se adapte a las características del paciente para poder obtener un valor real y preciso en su resultado. En los pacientes en cuidados críticos comunicativos, la escala de calificación numérica (NRS) 0-10 resulta una escala validada y confiable, ayudando a la expresión precisa del paciente. En pacientes analfabetos y/o con alteraciones mentales, podría usarse la Escala de caras de Wong- Baker, teniendo en cuenta que sólo está validada en colaboradores de 3 a 7 años, y no en adultos.¹¹

A menudo se tienen en cuenta las variables fisiológicas (*frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación, tensión arterial*) como signos indicadores de la intensidad del dolor; aún así, dichos valores sólo deben ser considerados como signo de alarma.^{12 13}

La herramienta de observación del dolor de cuidados críticos (CPOT) y Behavioral Pain Scale (BPS) son escalas sólidas, conocidas y de uso en la terapia intensiva. Sin embargo, estudios realizados confirman que ESCID probó ser una herramienta útil y válida para la valoración del dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica; e incluso, ha demostrado una variación significativa ante el estímulo doloroso, reflejado en la musculatura/expresión facial, en comparación con los valores arrojados por BPS y CPOT. Teniendo todas estas escalas las mismas limitaciones. Por lo que se sugiere el uso del ESCID para valoración del dolor, en este protocolo. La misma consta de cinco ítems: musculatura facial, tranquilidad, tono muscular, confortabilidad y adaptación a ventilación mecánica. Dicha escala es una variación de la escala de Campbell original, propuesta por la SEMICYUC en el año 2008, pero no validada; a la cual se le modificó la adaptación a ventilación mecánica para poder ser utilizada en pacientes críticos con tal requerimiento.¹⁴

Si bien suele cada servicio de terapia intensiva trabajar con escalas establecidas para valoración de estado de conciencia del paciente e incluso de escalas del dolor, establecer una guía de manejo del dolor permite monitorizarlo de manera continua, y pautar medidas concretas ante cada intervención, a fin de satisfacer las necesidades del paciente de manera que sea un beneficio medido y no aumente factores de riesgo como delirio¹⁵, o letargos que aumenten su estadía en terapia.

El modelo propuesto por Joyce Travelbee en su proceso interpersonal enfatiza la función de ayuda del profesional a afrontar y dar sentido a la experiencia vivida por la persona, familia o comunidad Travelbee define la enfermería como un “proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, a dar sentido a estas experiencias.” Describe al dolor como una experiencia única e individual, no observable en sí mismo, y difícil de transmitir plenamente a otras personas. La teórica creía que si la persona muestra una indiferencia apática es tan crítico como si presenta una hemorragia.¹⁶ De lo cual se desprende la importancia de la vigilancia en los mensajes lingüísticos del paciente (verbal, no verbal y paralingüísticos)¹⁷ que emite.

Objetivo

Tomar acuerdo e implementar el uso adecuado y continuo de las escalas del dolor, en el paciente de terapia intensiva de adultos, de acuerdo a su grado de conciencia, a fin de reducir el dolor durante su estadía de internación.

Materiales, equipos e insumos

- Monitor multi- paramétrico.
- Ventilador.
- Escala de Glasgow y Glasgow Outcome Scale (GOS), Glasgow Outcome Scale Extended (GOS-E), National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS); Escala de Full Outline of UnResponsiveness y RASS (2001).
- Escala de calificación numérica (NRS). En pacientes analfabetos y/o con alteraciones mentales, podría usarse la Escala de caras de Wong- Baker
- Escala de ESCID.
- Planilla de registro en soporte papel.
- Fomentar la presencia de la familia y/o persona significativa del paciente.

Procedimiento

- 1.Consensuar con servicio de infectología, colocación de escalas neurológicas y de dolor en unidades, en forma de cartelera plastificada para poder ser desinfectada. Ubicándolas en puntos estratégicos, a modo de cuadro, para poder ser consultadas en el momento oportuno por el personal.
- 2.Disminuir ruidos ambientales (sonidos de alarma, conversaciones en alta voz entre el personal) antes de cada valoración, en la medida de lo posible.
- 3.Realizar lavado de manos antes del contacto con el paciente.
- 4.Identificar al paciente y presentarse al tomar contacto con él, aun cuando el paciente permanezca con los ojos cerrados y bajo analgo-sedación.
- 5.Determinar escala de valoración neurológica a utilizar en el paciente acorde a las características del paciente, de modo de obtener el valor más preciso posible.
- 6.Realizar la valoración del dolor según escala más exacta de acuerdo al estado neurológico del paciente.
- 7.Determinar y aplicar ambas escalas al ingreso de la guardia.
- 8.Registrar los valores obtenidos y características del conteo. Registrar si se estimuló dolor. O si la valoración se hizo durante algún procedimiento.
- 9.Aplicar ambas escalas ante variables fisiológicas alteradas, con el fin de dilucidar si las mismas variaciones se deben a la presencia de dolor.
- 10.Aplicar ambas escalas ante procedimientos invasivos (aspiración de secreciones, cuidados de enfermería- curaciones, baños, cambio posturas), colocación de catéteres, toma de muestras.
- 11.Favorecer la presencia de la familia, y permitir su aporte según

percepción sobre confortabilidad del paciente.

12. Respetar horarios nocturnos. Favorecer el sueño nocturno. Evitar procedimientos. Bajar luz, disminuir ruidos ambientales.

Recomendaciones

El ambiente de la terapia debe procurar ser un sitio armónico, para lo cual se deben ajustar los sonidos de las alarmas, evitar diálogos innecesarios en voz alta, gestionar luces de baja intensidad, y que los flujos de aire acondicionado no recaigan directamente en el paciente. Evitar pruebas diagnósticas en horarios nocturnos. Ampliar horarios de visita. Reajustar diariamente los valores de analgo-sedación, manteniendo dosis adecuadas a la necesidad de cada paciente, por la cual se mantenga despierto durante las horas diurnas, adaptado a la ventilación mecánica, con posibilidad de comenzar una movilización temprana, sin delirio, ni agitación. Fomentar el contacto y participación de la familia.^{18 19} Procurar en cada abordaje del paciente un trato cordial y humanizado, realizando cada pregunta con un tono de voz ameno. No eleve su voz si el paciente no presenta problemas de audición. Valorar al comienzo de la guardia y ante procedimientos invasivos el dolor en relación a la escala neurológica.

Concretando, como se pretendió argumentar en el desarrollo del protocolo, el dolor debe ser analizado y tratado de forma multidisciplinar, por tener diversos orígenes, modos de afrontamiento y manifestación. Así mismo, cada profesional deberá evaluar que siente y cómo afronta tanto el dolor personal como el ajeno.²⁰ Un singular desafío para las unidades de terapias intensivas humanizadas, debería ser el poder tratar el dolor desde

Instrumento de monitoreo de calidad Indicador y umbral de cumplimiento.

DESCRIPCIÓN	N° de profesionales que cumplen con las pautas de herramientas de valoración
TIPO DE INDICADOR	Proceso
FORMATO	$\frac{\text{N° de profesionales evaluados que cumplen pautas de herramientas de valoración}}{\text{N° de profesionales evaluados}} \times 100$
FUENTE DE DATO	Pauta de Cotejo
PERIODICIDAD	Evaluación por caso
UMBRAL	80%
RESPONSABLE	Equipo interviniente

una mirada multidisciplinar, y no exclusivamente farmacológica.

Bibliografía

1. García Ruiz, F. Editado por Andreas KopfandNilesh B. Patel. Guías para el manejo del dolor en condiciones de bajos recurso. Asociación Internacional para el estudio del dolor. Washington, D.C. EEUU. 2010 Traducción Dr. Covarrubias Gómez, A..
2. López López, C., Murillo Pérez, M.; Torrente Vela, S, Cornejo Bauer, C. García, M, Orejana Martín, Morales Sánchez, C., Alted López, E. Aplicación de la Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID). [Internet] [octubre de 2013- consultado: junio 2020] Hospital Universitario. España. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfie.2013.07003>
3. Yang, Q., Xu H. Zang M.; Wang Y. Li, D. Alteraciones de conectividad volumétrica y funcional en pacientes con enfermedad crónica. Dolor espondilítico cervical. Neuroradiología. DOI: 10.1007/s==234-020-02413-z. Abril. 2020
4. Youssef, A. M.; Azqueta Gavaldon, M., Silva K., Barakat N., López N, Mahmud F., Lebel A., Sethna N. F., Zurakowski D., Simons L. E., Raft E., Borsook D. Circuitos cerebrales cambiantes en la cornicidad del dolor. [julio

- 2019- consultado: julio 2020] HumBrainMapp. Doi:101002/hbm. 2470.WileyPeriodicals, Inc. Indexado para MEDLINE. 2019
5. Oriuci Y., Tsuji O., Komaki Y., Fujiyoshi K., ikisima, .,Konomi T., Nagosi, N, Watanabe, K., Matsumoto M., Horiuchi, K., Nakamura, M. Cambios estructurales espinal. 58(4): 467-475. Doi: 10.1038/s41393-019-0391-0. Epub. [dic. 2019- consultado julio 2020]
6. A. Gil, B. Layunta y L. Iñiguez. Dolor crónico y construccionismo. Universidad Oberta de Cataluña. Boletín de Psicología, No. 84, Julio 2005, 23-39
7. Idem 4
8. Devlin, J; Pharm, D; Skrobik, Y. and col. Traducción y adaptación Carini, F. and col. Guías de práctica clínica para el manejo del dolor, la agitación/sedación, el delirium, la inmovilidad y las alteraciones del sueño en pacientes adultos en UCI. [Internet] SATI. Disponible en: https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2018/09000/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Prevention.29.aspx
9. Idem 5
10. Latorre Marco, I.; Solís Muñoz, M.; Falero Ruiz, T.; Larrasuitu Sánchez, A.; Romay Pérez, A.; Millán Sntos, I. y resto del grupo del proyecto de Investigación ESCID. Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. [Internet]. Enferm Intensiva. 2011; 22(1): 3-12. España. Disponible en: www.elsevier.es/ei
11. Bejarano, D. Escalas de valoración neurológica. 3º Ciclo. Módulo 2. Sept. 2018 PROECRI. SATI. Editorial PANAMERICANA.
12. Idem 10
13. Bejarano, A.M. Dolor, Agitación y Delirio PROECRI. Programa de Actualización en Enfermería en Cuidados Críticos. 4º Ciclo. Módulo 1. Junio de 2019. SATI. Editorial Médica PANAMERICANA.
14. Idem
15. Yan, Wendy DNP, CRNA; Morgan, Brett T. DNP, CRNA; Berry, Peter MSN, RN, CNL, CCRN; Matthys, Mary K. BSN, RN, CCRN; Thompson, Julie A. PhD; Smallheer, Benjamin A. PhD, RN, ACNP-BC, FNP-BC, CCRN, CNE. Un proyecto de mejora de la calidad para aumentar la adherencia a un protocolo de dolor, agitación y delirio en la unidad de cuidados intensivos Dimensiones de la Enfermería de Cuidados Críticos: mayo / junio de 2019 - Volumen 38 - Número 3 - p 174-181
16. Marriner Tomey. Modelos y Teorías de enfermería. Harcourt Brace. Madrid, España. 1999
17. Hofstadt R.C.; Quiles, M.Y. Técnicas de la comunicación en enfermería. España: Generalitat Valenciana; Consejería de Sanidad. 1ed. 2006
18. Chamorro, C.; Romera, M.A. Dolor y miedo en la UCI. [Internet] [2015- consultado julio 2020] Medicina Intensiva. Elsevier. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569115001163?via%3Dihub>
19. Caballero, J.; García Sánchez, M. ; Palencia Herrejón, E. y col. Sobredosificación Zero como herramienta de confort, seguridad y gestión en las unidades de cuidados intensivos. [Internet] [disponible desde nov. 2019- consultado julio 2020]. SEMICYUC Y Elsevier España. 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569119302104?via%3Dihub>
20. Robaina, F.J. ¿Por qué las unidades del Dolor deben ser multidisciplinarias? EDITORIAL. Rev. Soc. Esp. Dolor. 12:137140, 2005.