



Revista CUIDARTE

ISSN: 2216-0973

revistaenfermeria@udes.edu.co

Universidad de Santander  
Colombia

Montealegre Gómez, Doris Cecilia  
RETOS PARA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON DOLOR: UNA FORMA DE  
HUMANIZACIÓN  
Revista CUIDARTE, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 679-688  
Universidad de Santander  
Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533180012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## RETOS PARA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON DOLOR: UNA FORMA DE HUMANIZACIÓN

CHALLENGES FOR NURSING CARE OF PEOPLE WITH PAIN: A FORM OF HUMANIZATION  
Doris Cecilia Montealegre Gómez<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** AEnfermedad y dolor han acompañado al hombre a través de su evolución. No es posible borrar su memoria y aislarlo del contexto social e histórico. Enfermería acompaña su proceso evolutivo. Avances en su manejo, involucran a los profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes que sufren dolor. El objetivo de esta reflexión es: Visibilizar el dolor de las personas y generar una reflexión para entender el dolor y sufrimiento. Formular retos que motiven a enfermería a educarse continuamente en este tema. **Materiales y Métodos:** Artículo de reflexión basado en un análisis amplio de la literatura sobre publicaciones relacionadas con dolor. Revisión de la historia y evolución del concepto de dolor a través de los tiempos. Reflexión y formulación de retos para enfermería basados en la experiencia clínica del cuidado a pacientes con dolor. **Resultados:** Revisar la historia de la evolución del concepto del dolor ayuda a entender la presencia de éste en la cotidianidad humana. Impone retos que se traducen en acciones de enfermería para tratarlo, y motiva a estudiarlo continuamente para aliviarlo. **Discusión:** El currículo académico de las instituciones formadoras de profesionales y auxiliares de enfermería, debe reforzar: la humanización del cuidado que se ofrece. Actualmente el cuidado de enfermería adolece de sensibilidad y humanidad. **Conclusiones:** No es posible evitar el dolor pero se puede aliviar. Enfermería, a nivel profesional y tecnológico tiene retos de mejoramiento continuo y buenas prácticas en el cuidado de estos pacientes. En este nuevo siglo los retos son: la humanización del cuidado y formación en dolor.

**Palabras clave:** Dolor Crónico, Cuidado de Enfermería, Personal de Enfermería, Manejo del Dolor. (Fuente: DeCS BIREME).

### ABSTRACT

**Introduction:** Disease and pain have accompanied man through its evolution. It is not possible erase his memory and isolates the social and historical context. Nursing accompanies its evolutionary process. Advances in management, involving nurses in the care of patients suffering pain. The aim of this study is: Visualizing the pain of people and generate a reflection to understand the pain and suffering. Formulate challenges that motivate nurses to continually educate themselves on this issue. **Materials and Methods:** Reflection article based on an extensive analysis of the literature on pain-related publications. Review the history and evolution of the concept of pain through time. Reflection and formulation challenges for nursing based on clinical experience of care for patients with pain. **Results:** To review the history of the evolution of the concept of pain helps to understand the presence of this in human daily life. Imposes challenges that result in nursing actions to address it, and continually motivates study to alleviate it. **Discussion:** The academic curriculum of the training institutions for nurses and nursing assistant should strengthen: the humanization of the care offered. Nursing care currently lacks sensitivity and humanity. **Conclusions:** It is not possible avoid the pain, but can be alleviated. Nursing, professional and technological level has challenges of continuous improvement and best practice in the care of these patients. In this new century, the challenges are: the humanization of care and training and formation in pain.

**Key words:** Chronic Pain, Nursing Care, Nursing Staff, Pain Management. (Source: DeCS BIREME).

<sup>1</sup> Enfermera, Especialista en Dolor. Miembro de la Asociación Colombiana Para el Estudio del Dolor - ACED. Autor de Correspondencia: Calle 116 No 9- 15 Apt 204. Bogotá. Teléfono: 3103014433. E-mail: ticaigara@hotmail.com

Artículo recibido el 31 de Enero de 2014 y aceptado para su publicación el 02 de Abril de 2014.

Cómo citar este artículo: Montealegre Gómez DC. Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. Rev Cuid. 2014; 5(1): 679-88.

## INTRODUCCIÓN

Enfermedad y dolor han acompañado al hombre en todo su proceso de evolución. Desde el primigenio hombre de las cavernas, hasta el evolucionado ser humano de nuestros días. La búsqueda de alternativas que alivien o supriman el dolor, ha sido una constante que ha evolucionado en el plano científico, social, familiar, institucional y gubernamental en todo el mundo. Resulta muy interesante conocer todos los conceptos y teorías sobre el dolor, sus mecanismos de producción, el impacto sobre cada ser humano, la variedad de medicamentos de que se dispone para aliviarlo, los tratamientos que se han desarrollado y la evolución de los mismos, en armonía con las diferentes culturas del mundo y con los grupos de interés en este tema.

La humanidad ha dado pasos gigantes en la comprensión de los mecanismos que desencadenan el dolor, en el estudio de la neurofisiología del dolor, en la investigación de medicamentos para tratarlo, en la aplicación de procedimientos invasivos y no invasivos para aliviarlo, en el uso de métodos convencionales, alternativos y complementarios para abordarlo, en el entrenamiento y especialización de profesionales médicos, de enfermería y demás personas que conforman los equipos de salud enfocados en el cuidado de pacientes con dolor; El logro más trascendental ha sido humanizar e individualizar el cuidado de las personas con dolor, personalizando las enfermedades y los diagnósticos, individualizando los pacientes y sus diferentes patologías.

Es un hecho común, en el desenvolvimiento inicial de las culturas, por muy variadas que estas sean, observar cómo se asocia permanentemente la enfermedad y el dolor con la idea de castigo o venganza divina. Este concepto es común en las culturas Sumerio-Babilónica, Cristiano Judaica, esta última lo demuestra claramente cuando en sus preceptos se enuncia: “multiplicaré tus sufrimientos en los embarazos”. Con dolor darás a luz a tus hijos” (Génesis, 3). De tal forma en la Biblia son Homólogos: trabajo, dolor y sufrimiento (1).

En Occidente el concepto Teológico de enfermedad y muerte fue pasado a través del Cristianismo, dando una visión de fatalidad. Siglos después (VI A.C), con la versión atribuida a los Sacerdotes Hebreos del exilio en Babilonia:

*“Y creó Dios al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creo, macho y hembra los creo. Dios los bendijo diciéndoles: sean fecundos, multiplíquense tengan la tierra y sométanla. Manden a los peces del mar, a las aves del cielo y a cuanto animal viva en la tierra” (1).*

De esta forma la existencia humana no es solo fatalidad.

Este concepto se generaliza en las grandes culturas y se aplica al desenvolvimiento de la medicina.

Se consignan además preceptos relativos al aseo, abstención de ciertos alimentos, regulación de la conducta sexual, precauciones anti epidémicas, disposiciones sobre los leprosos, reuniendo así lo Religioso con la sanidad.

Los historiadores de la medicina nos cuentan como recurren a la farmacopea de los pueblos vecinos (Egiptios, Babilonios y Persas) para usar la mandrágora. Un caso muy notable es el uso de la música para aliviar afecciones morales. David cura al Rey Saúl tocando citara cada vez que él tiene una crisis (Cap. Samuel, 16). En realidad los aspectos médicos de la cultura Hebreo están conectados con los conocimientos y las prácticas de los pueblos vecinos, manifestándose esta conjunción en el terreno de la simbología: la serpiente símbolo de cura y de la supresión del sufrimiento (1).

En la cultura China la forma como se enfrenta el dolor, el sufrimiento y la enfermedad, es inseparable de la visión general de la realidad, el concepto cosmológico unificador es el TAO. Este significa la madre del mundo, el sentido, el origen de todo y la base del equilibrio cósmico (1). Es un concepto de armonía universal, explica los ciclos naturales y humanos, por lo cual todo adquiere sentido, inclusive la muerte.

Podemos encontrar recopilaciones de más de dos mil medicamentos, prácticas de acupuntura cuyo perfeccionamiento parece atribuirse al cirujano Huato.

Esta práctica tenía como fin: remover obstrucciones producidas por la enfermedad, para conseguir así el buen orden en el movimiento de los principios vitales.

Unía también la intención de curar a la de aliviar el dolor.

A Huato se le atribuye la introducción de la anestesia en sus intervenciones quirúrgicas, permaneciendo en secreto los medicamentos utilizados en la castración de los eunucos. Data también de esta época la utilización del opio y el cáñamo.

La visión del mundo del Antiguo Egipto es evidentemente mágico-religiosa, se expresa progresivamente en fuerzas o principios abstractos, se manifiesta siempre en forma altamente personalizada. Asumen apariencias Zoomórficas que al Antropomorfizarse, conservan la cabeza animal, (el perro, el cocodrilo).

Encontramos entonces divinidades tales como Ra, Amón, Tebas, Osiris. La idea de la muerte y lo que viene después es fundamental en la Teología Egipcia, esta organización Teológica expresa con sus variaciones, una concepción de la armonía universal.

En otro plan son notables las prescripciones egipcias en lo que respecta a normas de higiene y tratamientos

específicos del dolor, como el uso del opio usado como remedio y calmante, así como el uso de algunos preparados de plomo, usados en forma de supositorios para provocar deposiciones y disminuir el dolor.

En el Oriente Medio se describe en las obras de Teodorico de Lucca, del siglo XII, cirujano del Studium médico de la Boloña, la descripción de una especie de esponja narcótica que era aplicada en la nariz del paciente antes de las cirugías, además el uso de la mandrágora, el opio y el meimendro. El opio usado durante Siglos como calmante del dolor, extraído del jugo de la dormidera, (papaver somniferum), ha sido tradicionalmente consumido, masticado, fumado o a través de infusión, por sus propiedades euforizantes y estupefacientes, tiene una acción central e irradiación psíquica, constituye un auxilio efectivo para el tratamiento del dolor moral o angustia, que no nos cause pues extrañeza su difusión histórica (1).

La importancia de la medicación vegetal entre los nativos de América es ampliamente conocida las tres grandes civilizaciones, maya, azteca e Inca, así como otras culturas (aimara y araucana), poseen un abundante herbario, aplicable a todas las enfermedades. Sin duda es una medicina mágica en la cual también la intervención divina es esencial. Divinidades solares, lunares o aquellas vinculadas a la tierra. En la terapia se usan encantamientos y rituales como la trepanación, la succión para hacer salir el mal del cuerpo, la aplicación o consumo de medicamentos potentes. Pero la magia está unida a un empirismo con frecuencia sorprendente, se conocían muchos vegetales buenos para la salud o venenosos.

Cabe mencionar algunos como la coca, el curare, el peyote, la Escopolamina, la quina. Usadas todas para curar o aliviar enfermedades, algunas de ellas productoras de gran dolor, como eran las fracturas, heridas. Su uso al parecer era como anestésicos.

Para entender y valorar el estado actual del tratamiento del dolor y para preparar eficazmente el futuro, es indispensable revisar los progresos del pasado, relacionándolos con su influencia en la evolución de los principios actuales del tratamiento del dolor.

Desde el uso de la amapola y del cáñamo indiano en la antigüedad, a través de la superstición en la edad media hasta la gran era Científica del renacimiento hubo una gran confusión con respecto al papel del SNC (Sistema Nervioso Central). De hecho la idea Aristotélica de que el dolor se sentía en el corazón, prevalecía todavía, y las contribuciones de W. Harvey quien descubrió la circulación ayudaron a la perpetuación de ese mito.

Descartes (1596-1650) comprobó el principio original de galeno de que el cerebro era el asiento de la sensibilidad y de la función motora. Durante los dos Siglos siguientes se descubrió poco sobre los mecanismos del dolor.

El Siglo XIX contempló los experimentos de Bell y otros justificando la idea de que el cerebro era el destinatario de la información que procedía del entorno externo a través de los nervios sensitivos. Schiff formuló la teoría de la especificidad del dolor, concepto ampliado por Goldscheider. También en este Siglo se dio por resultado la utilización de dos importantes métodos de alivio del dolor: las técnicas Neuroquirúrgicas y la administración de bloqueos nerviosos.

Si hay algo que indisolublemente está ligado a la palabra dolor es la morfina. A comienzos del Siglo XIX F.W.A Sertuener (1783-1841) aisló la morfina (1). La denominó Morphium, por Morfeo, Dios Griego de los sueños, este descubrimiento fue ignorado hasta 1817, cuando Sertuener, rebautiza al nuevo alcaloide activo del opio y lo llama morfina, las aplicaciones de este alcaloide fueron inicialmente en dolor por cáncer. En el Siglo XXI su importancia como analgésico se fortalece y su uso se extiende al manejo de dolor agudo y dolor neuropático.

Hacia comienzos del Siglo XX Letierant publicó un manual de técnicas Neuroquirúrgicas para el dolor. (Rizotomía y Cordotomía), para el tratamiento del dolor crónico. En 1884 Corrlkoller demostró la eficacia de la cocaína como anestésico local. Floreciendo así en las cuatro primeras décadas del Siglo XX la anestesia regional. Entonces vinieron las guerras mundiales, el dolor de miembro fantasma, la causalgia postraumática. Así la aparición de los principales problemas clínicos del periodo de la posguerra, con soluciones terapéuticas muy pobres.

Después de la segunda guerra mundial Jhon Bonica (Washington), era testigo del sufrimiento de los excombatientes, propuso la idea de un centro integral del dolor, (1944). Melzack y Wall (1965), propusieron la teoría de la compuerta. En 1974 se funda la IASP Organización Internacional para el Estudio del Dolor. En 1975 la American Pain Society. A partir de estos progresos surge el concepto actual del tratamiento del dolor, con un enfoque interdisciplinario (1).

Interrogarse sobre el dolor en nuestro siglo XXI, es transitar por los sinuosos caminos de la subjetividad humana. Sin embargo más allá de su carácter ético y psicológico, el dolor es también un fenómeno cultural que exige la elucidación integra de sus representaciones en el tiempo y en las condiciones sociales en las que se expresa. La experiencia lesiva es constitutiva de la modernidad occidental y los efectos de sus representaciones durante más de quinientos años de historia pueden percibirse tanto en las actividades intelectuales, artísticas y científicas realizadas hoy en día.

Enfermería no ha sido ajena a todos los anteriores hechos enunciados, ella ha acompañado todos estos avances desde hace siglos, de acuerdo con Watson el cuidado humano es la esencia de enfermería, las

especies animales y humanas cuando cuidan garantizan la sobrevivencia de las especies (16). Enfermería ha evolucionado su forma de cuidar, ha sido protagonista de grandes transformaciones, entre otras las legislaciones sanitarias de varios países, autora de la clasificación de enfermedad y de la vigilancia epidemiológica, pionera de la estadística, de la epidemiología y de la salud pública, todos estos campos de intervención de enfermería involucran el cuidado y atención de los pacientes con dolor.

Enfermería como miembro activo de las Clínicas de Dolor, lidera funciones delegadas por el quehacer médico y funciones propias. Estas dos funciones se aplican igualmente en el manejo del dolor de los pacientes. Desempeñamos cómodamente las funciones delegadas, basadas en las prescripciones médicas, pero lo que realmente nos empodera como enfermeros (as) son las funciones propias, entre otras : Evaluación del dolor e incidencia de este en su vida personal, familiar y social, medición del mismo, administración oportuna de analgésicos y reconocimiento temprano de los efectos adversos, intervención directa en los diferentes procedimientos para alivio del dolor, información rápida de las complicaciones (3). La humanización del cuidado nos enfoca entonces, en brindar atención de enfermería a los pacientes con dolor y sufrimiento proporcionando cuidados que respondan a sus necesidades individuales fundamentales.

El enfoque vital que deben tener las facultades de enfermería con respecto a la formación y estructuración de sus estudiantes, en el abordaje terapéutico de personas que sufren dolor, debe tener como columna vertebral de todos los procesos educativos: La humanización del cuidado que brindamos. Teniendo en cuenta el rol central que desempeña el trabajador de enfermería en el cuidado de los pacientes que sufren dolor, se hace necesario capacitar al futuro profesional, en el conocimiento de la fisiopatología del dolor, teorías epidemiológicas del dolor, síndromes dolorosos más frecuentes, variables que pueden influenciar la percepción del paciente y su respuesta al dolor, la determinación clínica por métodos válidos y confiables, medicamentos útiles en el alivio del dolor, terapéuticas invasivas y no invasivas en el tratamiento del mismo, ciencias básicas e investigación aplicada al manejo y alivio del dolor, destrezas técnicas, psicológicas y de conocimiento que deberá aplicar el profesional de enfermería.

Realizar la revisión de la literatura que describe la antigüedad del dolor, sus interpretaciones y la forma como ha sido percibido, evitado y tratado tiene como objetivos: Visibilizar el dolor de los pacientes críticos y en edades extremas de la vida .Generar una reflexión crítica que permita entender que no hay dolor sin sufrimiento y sufrimiento sin dolor. Ubicar al dolor en el plano humano del individuo, sin desligarlo de sus raíces históricas y del componente social que lo rodea. Esta reflexión tiene como alcance fundamental

motivar a enfermería para que se capacite de forma continua en el tema de alivio del dolor y así lograr una perfecta interpretación y un mayor acercamiento a las manifestaciones que a diario encontramos en los pacientes que lo padecen.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un artículo de reflexión, que ha sido realizado, basado en la revisión de la literatura existente, seleccionando libros, revistas y artículos de dolor de autores nacionales e internacionales especializados en el manejo de éste. Los autores escogidos y revisados son de finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI.

La selección de las publicaciones fue de las revistas Pain y Pain Management Nursing. Libros, artículos y publicaciones encontrados en las bibliotecas de la Universidad del Rosario y de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, también fueron analizados. Igualmente se incluyó en esta revisión una publicación de Bonica (1), médico anestesiólogo Estadounidense, quien sentó bases muy importantes en el manejo multidisciplinario del dolor y correlacionó la historia y evolución del mismo en la humanidad. Se revisaron y analizaron artículos especializados en el tema de alivio del dolor durante un periodo de seis meses.

Se revisaron otras fuentes tales como: Manuales de Dolor editados por la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED), estos reúnen la experiencia de profesionales Colombianos en este tema. El artículo se complementa además con la experiencia del trabajo diario en unidades de dolor, en el análisis del desempeño actual de enfermería y en una reflexión de los retos que enfrentamos actualmente cuidando al paciente con dolor y siendo miembros activos de las clínicas de alivio del mismo.

La metodología utilizada para escribir este artículo ha sido la revisión histórica del concepto del dolor a través del desarrollo de las civilizaciones, hasta llegar al significado que tiene para todos en este nuevo siglo, encontraremos datos de suma importancia que nos sitúan en el contexto real del concepto actual de sufrimiento y dolor.

## RESULTADOS

Revisar la historia de la evolución del concepto del dolor, deberá aumentar nuestra conciencia de la presencia de este en la cotidianidad del ser humano. Tendrá que necesariamente imponernos retos que muevan a todo el personal de enfermería al plano de las acciones para reconocerlo y tratarlo, promoviendo esto último como un derecho de las personas a tener alivio de su dolor y sufrimiento.

Es un hecho cierto que a través de los siglos, no importando las guerras, los desastres, las epidemias y

el advenimiento de nuevas enfermedades, el avance de la ciencia médica, las investigaciones formales basadas en el método científico, en general todos los progresos en las diferentes áreas del conocimiento, estos no han logrado liberarnos totalmente de sentir o sufrir dolor. Conocer la historia del comportamiento del dolor en las diferentes civilizaciones, es el sustrato que enfermería necesita para trascender de una forma más humana y sensible el cuidado de los pacientes con síndromes dolorosos y con sufrimiento asociado. Nuestro cuidado debe traducirse en retos:

El primer reto para los profesionales de enfermería como miembros activos de la sociedad y del conglomerado humano es: Conocer y entender la transformación cultural que ha sufrido el concepto del alivio del dolor, ser parte activa de su evolución y del cambio de los conceptos relacionados con él, para lograr una perfecta interpretación y un mayor acercamiento a las manifestaciones que a diario encontramos en los pacientes que lo padecen.

Grandes cuestionamientos nos asaltan entonces, si miramos el desenvolvimiento de la historia del dolor: ¿Cómo nos empoderaremos del alivio del dolor, Como grupo de Enfermería en el nuevo Milenio? Tenemos en toda esta historia una fuente inagotable de consulta para entender todo el proceso de desarrollo de la humanidad frente al dolor. Poseemos todos los avances en las diferentes áreas del saber, relacionadas con el conocimiento del dolor y como tratarlo. ¿Son suficientes en términos generales todos estos aspectos para las perspectivas actuales y del futuro?

Existen razonamientos profundos para pensar que somos hijos de una historia mayor, con sucesivas concepciones teológicas, filosóficas y cosmológicas que han determinado en las grandes culturas diversas formas de curar y aliviar el dolor. En muchas ocasiones este conocimiento nos limita por los paradigmas que se han creado en torno a experiencias de aprendizajes repetitivos sobre este inagotable tema.

El segundo reto será entonces definir de una manera responsable y categórica nuestra esencia como profesionales de enfermería en el manejo del dolor. Teniendo como principio que el cuidado es la esencia de las competencias del profesional, entendiéndose como cuidado: Prodigar, proveer, atender, administrar acciones tendientes a brindar comodidad, alivio, equilibrio biopsicosocial al individuo-familia comunidad en los diferentes sistemas de atención en salud (2).

La última década ha contribuido con avances importantes en la comprensión del origen, mecanismos y tratamientos de los diferentes tipos de dolor.

El profesional de enfermería tiene para el futuro que definir más claramente su papel en la prevención y alivio del dolor en pacientes de alto riesgo: (Pacientes de unidades de cuidados intensivos,

cuidados coronarios, unidades quirúrgicas, renales, y de trasplantes. Pacientes en edades extremas de la vida (Niños y Ancianos). Pacientes con dolor crónico. Sin restar importancia al manejo y atención de los pacientes de dolor agudo y dolor por cáncer, estos dos grupos históricamente han sido beneficiados por el interés y los esfuerzos de organizaciones mundiales y de los centros especializados en el alivio del dolor. Entonces este reto nos impone la responsabilidad de despertar un especial interés y compromiso con los grupos de pacientes más vulnerables. Contamos entonces con el descubrimiento de nuevos medicamentos, innovaciones técnicas, descubrimiento de nuevos receptores opiáceos y la aplicación clínica de estos en el neuroeje para proporcionar analgesia segmentaria, planteando así otras alternativas en el diagnóstico y control del dolor.

Estamos en el siglo XXI y tenemos establecidos manejos en el dolor agudo, dolor de Origen maligno, dolor de Origen traumático, dolor obstétrico, dolor en enfermedades no oncológicas (SIDA), dolor crónico. Pero a pesar de estos adelantos, se sigue constatando que el dolor está escasamente controlado o es subvalorado. Toda la afluencia de conocimientos se refleja en la creación de grupos de interés centrados en el alivio del dolor a nivel mundial. Creación de centros especializados para aliviar diferentes tipos de dolor. Asociaciones Internacionales que promueven la investigación y la educación en esta área del conocimiento. Este nuevo siglo, nos refuerza el concepto del dolor como fenómeno multidimensional, nos refuerza la experiencia de que el manejo debe ser interdisciplinario y multimodal.

El tercer reto es: Preparación académica, educación continuada en el conocimiento de la Neurofisiología del dolor, mecanismos que lo desencadenan, tipos de dolor, Farmacocinética y Farmacología de los medicamentos usados para tratarlo. Métodos de manejo del dolor, conocimientos específicos sobre: Dolor agudo, dolor de origen maligno, dolor crónico, dolor en el paciente de alto riesgo, dolor en las diferentes etapas del desarrollo de los niños, dolor en la tercera edad, conocimientos sobre vida, enfermedad, cuidados paliativos, calidad de vida cuando se está muriendo (3).

La formación en el conocimiento anteriormente enunciado, debe ser una constante en el crecimiento como profesionales de enfermería y en la proyección de nuestra disciplina a futuro. Esta tarea es responsabilidad inicialmente de nuestras facultades de enfermería, como entidades formadoras de profesionales de Enfermería, con competencias en el manejo del dolor, contribuyendo así a la transformación cultural del concepto de este en nuestra cultura Colombiana y Suramericana.

Estudiantes y profesionales de enfermería deberán basar sus conocimientos y actividades en el cuidado de los pacientes, en la aplicación de las teorías de mediano rango, esta práctica nos afirma como disciplina, tal y como se demuestra aplicando: La teoría de síntomas desagradables como dolor, disnea, fatiga y

nauseas, propuesta por Lenz y Cols (17). Teoría de la incertidumbre ante la enfermedad crónica de Mishel (17), la teoría de Dunn, que referencia la adaptación al dolor Crónico (17). Nuestro desempeño en áreas hospitalarias, comunitarias, ambulatorias o domiciliarias, nos enfrenta a manejar de rutina los eventos de dolor en los pacientes, asociado este casi siempre, a procesos de enfermedad aguda, crónica o maligna. Muchas veces nuestra formación académica no nos suministra las herramientas suficientes, para abordar el tema del dolor, menos para identificarlo, evaluarlo y consecuentemente manejarlo. Esta carencia se ve reflejada en la forma como asumimos que el dolor que expresan los pacientes es normal, sin que amerite en nosotros más compromiso hacia ellos y su sufrimiento para aliviarlo, que la simple administración de medicamentos ordenados, o el proporcionar algunas medidas de comodidad y no un contundente compromiso de explorar las demás variables que componen todo el cuadro doloroso expresado por esta persona a nuestro cuidado.

Es también responsabilidad de todos los profesionales existentes en el país, la preparación individual y grupal para administrar cuidados relacionados con el control del dolor a los pacientes en los diferentes niveles de atención, deberá constituirse como la esencia del quehacer diario en su desempeño. Será el nivel supremo de su competencia, parte primordial de su rol.

En la actualidad tenemos como profesionales un campo abierto y muy amplio en las clínicas de dolor que con su interdisciplinariedad y trabajo en equipo, hoy desbordan la transición, se ocupan no solo del dolor como objeto de indagación y conocimientos sino también como sujeto de una urgente intervención emocional.

El cuarto reto que enfrentará y desarrollará el profesional de enfermería es el manejo del dolor en los grupos de personas más vulnerables:

### Manejo del Dolor en Niños

La percepción y el tratamiento del dolor en niños han sido ampliamente estudiados, el alivio del dolor es un deber médico, un derecho del niño y un principio de tipo humanitario y ético. Los estudios epidemiológicos y estadísticos han demostrado que el tratamiento del dolor en los adultos es inadecuado. Un 58%. De estos pacientes en postoperatorios inmediatos, soportando dolor durante su estancia hospitalaria (5). Si esta situación es tan grave para los adultos, lo es aún más para los niños, en los cuales muchas veces no se trata el dolor, o cuando se hace se anteponen paradigmas, que solo reflejan un absoluto desconocimiento sobre la fisiología del dolor en los niños, prescripción de medicamentos y acciones de los mismos, farmacocinética de los medicamentos, uso de opioides en niños, Psicología del dolor, manifestaciones comportamentales, valoración y reconocimiento del dolor en pediatría (5).

Los estudios demuestran que la evaluación del dolor

en los niños es difícil, en muchos casos el tratamiento depende de la apreciación subjetiva y de la afectación emocional de las personas encargadas, especialmente cuando los niños no hablan aún y son incapaces de decir que tienen dolor (4).

El cáncer es actualmente la segunda causa más común de muerte después del trauma, en niños en edades entre 1 y 14 años. El dolor oncológico en el paciente pediátrico es un problema de salud pública, por lo tanto ha sido atendido en el cuidado de salud a nivel mundial, sin embargo la atención en el momento de la muerte continua siendo inadecuada, esto sigue generando sufrimiento en los niños y sus familias (6).

Los elementos claves para valorar y tratar el dolor son:

Correcta identificación y su cuantificación. Los niños más pequeños carecen de habilidades cognitivas y de conducta no solo para comprender lo que está sucediendo con su dolor, sino también para describirlo. Este aspecto constituye un reto para el trabajador de Enfermería, nos obliga a estudiar y de esta forma entender como expresa el niño su dolor.

Nuestro reto entonces será el conocimiento y profundización acerca del desarrollo del dolor en los niños durante todas las etapas de su vida, incluida su gestación. Aprenderemos a valorar correctamente las conductas dolorosas y sus manifestaciones fisiológicas, medicamentos usados para controlar el dolor, efectos secundarios y cómo manejarlos. Orientaremos el cuidado de enfermería para optimizar los conocimientos y los recursos con que cuentan nuestras instituciones para controlar eficazmente el dolor en los niños.

### Manejo del dolor en el paciente críticamente enfermo en Unidades de Cuidado Intensivo, Unidad de Cuidados Quirúrgicos, Unidad de Cuidados Coronarios.

Tener dolor produce efectos sistémicos que son reconocidos como potencialmente deletéreos para los pacientes de las unidades de cuidados intensivos como son: La liberación de catecolaminas, aumento en los niveles de vasopresina, el ascenso en la actividad simpática, la aceleración del catabolismo, aumento en el consumo de oxígeno, taquicardia, taquipnea, alteración de la mecánica pulmonar, activación del eje renina-angiotensina, liberación de citoquinas, alteración del sistema inmune, aumento en la actividad plaquetaria, asincronía paciente-ventilador, isquemia miocárdica y alteración del sueño (8).

Deberemos concientizarnos de que el paciente críticamente enfermo, muchas veces está ventilado mecánicamente y para esto se hace necesario sedarlo con benzodiacepinas que solo permiten que se inhiba su estado de alerta, este procedimiento no les quita el dolor, son pacientes muchas veces de cirugías de alto riesgo o pacientes con enfermedades metabólicas

severas que los hacen hemodinámicamente inestables, pero no los exime de un adecuado control del dolor. Por el contrario tener dolor se constituye en un factor de alto riesgo para su estabilidad hemodinámica.

Contribuyendo de esta forma a incrementar el riesgo de falla multiorgánica.

Debemos tener en cuenta la imposibilidad de algunos pacientes para informar la intensidad de su dolor, especialmente cuando están sedados, ventilados o bajo el efecto de relajantes musculares, en estos casos el paciente puede no tener control de su dolor, por lo que la experiencia es desagradable, generando en él un trastorno de estrés postraumático (7). Para abordar correctamente el manejo de esta situación el trabajador de enfermería, tendrá el reto de conocer escalas que aproximen la valoración del dolor en estos pacientes, ayudara a minimizar la molestia el realizar cuidados o intervenciones no farmacológicas para evitar así dolor y sufrimiento, como proporcionarle una adecuada posición, adecuada colocación del tubo endotraqueal, estabilización de miembros inferiores o superiores, masajes para reactivar la circulación.

Nuestro reto seguirá siendo conocer la fisiología del dolor en estos pacientes así podremos establecer controles precisos, seguros y protocolos adecuados de manejo, basados en la situación individual y lo critico de su estado. Disminuir la incidencia de complicaciones por un dolor no controlado, propender por una recuperación más rápida, disminuyendo la estancia de los pacientes en las Unidades de Cuidado Intensivo.

Optimizar la calidad del cuidado, atenuar la respuesta sistémica al trauma generado por el estrés quirúrgico, metabólico o sicológico.

### Manejo del Dolor en paciente con dolor Crónico

El paciente con una queja progresiva de dolor que se cronifica en el tiempo, se torna molesto para la familia, para su grupo de trabajo, para la sociedad en general y para el trabajador de enfermería que tiene que atenderlo, es quizás el paciente más descuidado dentro de todos los grupos de pacientes que sufren dolor. El dolor crónico expresa al mismo tiempo necesidades emocionales y Fisiológicas: Es el prototipo de una reacción sicofisiológica (9).

Por el alto componente sicológico que acompaña al dolor físico de estos pacientes, constituyen todo un reto para enfermería pues tendrá que enfocar todos sus esfuerzos en prepararse para entender los mecanismos que desencadenan este dolor, el porqué de una conducta dolorosa establecida y la forma como este dolor margina al paciente de su actividad diaria, disminuyendo de una forma importante su calidad de vida.

Nuestro reto será entonces el conocimiento acerca de los

mecanismos que desencadenan el dolor crónico, el dolor crónico maligno, las diferentes terapéuticas alternativas y tratamientos médicos que se encuentran en este momento a nuestra disposición para tratarlo, el impacto del dolor crónico en el paciente-familia-sistema de salud y sociedad, la relevante importancia que tienen las intervenciones de otros profesionales de la salud, por ejemplo: Terapeutas físicos, sicólogos, siquiatras, rehabilitadores, especialistas del dolor, intervencionistas endolor; sin dejar de lado otros métodos terapéuticos tales como hipnosis, imagenología, acupuntura todos ellos con un papel definido como terapias complementarias en el manejo del dolor crónico.

### DISCUSIÓN

El personal de enfermería es quien está en mayor contacto con el paciente que sufre dolor. Este contacto permanente le proporciona las herramientas necesarias para abordarlo de forma más humana y sensible, para identificar sus manifestaciones dolorosas, valorarlo adecuada y oportunamente, determinar el impacto que el dolor genera en él, en su familia y entorno, implementar acciones tendientes a aliviar su dolor, utilizando correctamente los recursos de que dispone y su conocimiento para el tratamiento de este dolor, para evaluar continuamente los resultados y la efectividad de las intervenciones terapéuticas.

Ejercemos nuestra profesión a través del cuidado directo, teniendo siempre como marco de acción un contexto de respeto a la persona y a su vida, respeto a su dignidad, a su individualidad, a su intimidad, a sus creencias y pensamientos, a su entorno social y familiar (2). Este respeto presupone que reconocemos en el al individuo y su sufrimiento. Este reconocimiento nos define como profesionales humanizados en nuestro cuidado y orienta nuestras acciones para proporcionar y usar todos los medios de que dispongamos para aliviar su dolor.

En la revisión de la literatura autores de artículos de reflexión que escriben acerca del entendimiento del dolor y el sufrimiento, nos invitan a mirar el dolor como un hecho íntimo y personal: "El respeto a la dignidad de nuestros pacientes con dolor nos conmina para que no se infrinja dolor a los mismos de forma innecesaria. La medicina despersonaliza al dolor involuntariamente e implícitamente cuando lo envuelve en los diagnósticos y en la tecnología. Le suprime su humanidad y olvida que dolor y enfermedad no son lo mismo "(10).

Humanizar el cuidado de los pacientes con dolor, tiene como objetivo no menospreciar el dolor o el sufrimiento, no minimizar su queja dolorosa. Aquellas personas que por sus orígenes sociales, culturales, raciales, expresan o vivencian su sufrimiento de una forma particular, son dignas de toda nuestra atención. Tampoco juzgaremos los medios de los cuales estas personas se valen para expresar su molestia, al contrario utilizaremos su queja, expresión o reporte, como una información valiosa para

establecer un diagnóstico o instaurar un tratamiento que lo alivie.

Es nuestra responsabilidad la correcta, Segura y oportuna aplicación de medicamentos, tratamientos y terapias en general, consideradas como procedimientos integrales para el alivio del dolor. La vigilancia clínica de los pacientes con medicaciones o terapéuticas para control del dolor, presupone observación de efectos adversos e intervención oportuna cuando ellos se presentan, evaluación de los resultados para decidir si se continúa con el manejo o si debe ser cambiada la terapéutica cuando el tratamiento falla (15).

El código de Deontología que aplica a los médicos y que los compromete a esforzarse para aliviar el sufrimiento de los pacientes, aplica también a Enfermería ya que somos miembros vitales del equipo de salud, nuestras intervenciones diarias en el cuidado de los pacientes tiene objetivos de responsabilidad y desempeño de nuestras funciones: Proteger, mantener y restaurar la salud de las personas, su autonomía, sus funciones vitales físicas y psíquicas, siempre teniendo en cuenta su individualidad, el grado de independencia y la capacidad de auto cuidarse (2). El código de ética para enfermeros y enfermeras del Concejo Internacional de Enfermería (CIE), estipula que el personal de enfermería es responsable de su actuación y de mantener válida su competencia por medio de una educación continuada permanente en el tema de dolor (3).

El dolor no es evitable. Se puede reconocer y se debe siempre tratar, sin embargo nos hemos acostumbrado a no verlo, a no escuchar y a considerar que el paciente que lo expresa, se queja o es un simulador, o sencillamente que su queja es un proceso lógico de su situación clínica y de su enfermedad. La explicación desde el punto de vista del sentir humano es: Asumimos esta actitud porque la mayoría de las veces, nos afecta, nos duele, lo sentimos como propio. Con mayor afectación, si después de detectar y comunicar esa queja dolorosa de nuestro paciente, no se consiguen los resultados esperados con las prescripciones médicas, si el médico tratante no presta atención a nuestro requerimiento y a la situación del paciente, terminamos manejando un inconsciente colectivo: 'No hay nada que hacer' Entonces podemos concluir: "El dolor que mejor se tolera es el ajeno" (2). Existen diferencias en el entendimiento y en la percepción del dolor según el sexo, esto último avalado por estudios recientes que lo evidencian, destacándose la revisión publicada en 2009 (12), acerca de la prevalencia del dolor crónico en muestras representativas de diferentes países, con similar entorno socioeconómico. En siete de los diez estudios, incluidas las diferencias entre hombres y mujeres fueron estadísticamente representativas.

Especialistas en dolor (Algesiologos) recomiendan que los profesionales de la salud tenemos que insistir en la necesidad de explicar a nuestros pacientes las verdaderas consecuencias de un acto quirúrgico,

de un procedimiento invasivo, de un manejo con medicamentos, mas aun si estos generan efectos adversos, desmitificando conceptos erróneos o que solo reflejan la desinformación que acompaña a los pacientes, desinformación de la cual somos responsables quienes supuestamente poseemos el conocimiento y cuestionablemente la verdad a veces (11).

## CONCLUSIONES

Concluimos entonces que enfermedad y dolor han acompañado al hombre en todo su proceso de evolución, el saber humano se ha empeñado en controlarlo siempre. Es interesante conocer sobre todos estos conceptos en las diferentes culturas, a través de los siglos, no importan las guerras, los desastres, las epidemias, el advenimiento de nuevas enfermedades, el avance de la ciencia médica, la investigación formal, el método científico, nada nos libera totalmente de sentir el dolor (1). Hemos dado pasos de gigantes en la comprensión de los mecanismos que desencadenan el dolor, la neurofisiología, medicamentos para tratarlo, procedimientos invasivos y no invasivos para diagnosticarlo y tratarlo, técnicas de manejo alternativo;

### capacitación del personal de salud en quienes recae la responsabilidad de diagnosticarlo y curarlo.

En la literatura científica existe un gran consenso en que el dolor es un fenómeno complejo y multifactorial que depende de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales. Se han descrito diferencias no concluyentes en la percepción del dolor o en su manifestación, relacionadas con condiciones étnicas o raciales, tanto en adultos como en los niños (13). Es así como el manejo del dolor, requiere de una evaluación efectiva y un manejo basado en el conocimiento. Muchas disciplinas están involucradas directa o indirectamente trabajando y aunando esfuerzos para lograr un abordaje multidisciplinario que involucre todos los componentes de las diferentes patologías dolorosas. El dolor siempre es percibido como una experiencia multidimensional, personal única e intransferible, que tiene componentes adicionales a la nocicepción, todos ellos pueden influir en su percepción, inmediata o posterior expresión.

El campo de acción y las actividades que realiza el personal de enfermería son variadas y serán aplicadas para manejar el dolor en cada área de su desempeño clínico. Así por ejemplo: Pacientes con dolor por trauma severo, Pacientes en postoperatorio inmediato (Dolor Agudo), personas con enfermedades degenerativas y condiciones crónicas no malignas (Dolor Crónico), eventos recurrentes tales como Síndromes Dolorosos regionales (Dolor Neurótico). Manejo de dolor en edades extremas de la vida (Niños, Adultos mayores). Dolor en la mujer (Trabajo de parto y Postparto). Dolor de Origen maligno (Pacientes en estado terminal, Cuidados Paliativos) (3).

Algunos autores consultados opinan que en el pasado existía una correspondencia entre el nivel de conocimientos médicos y de enfermería, no siendo esta la actual situación. A lo largo del tiempo la complejidad de las enfermedades y de los enfermos se ha aumentado. Han aparecido enfermedades nuevas, se ha incrementado el número de accidentes y catástrofes. Estos eventos obligaron a avanzar más rápidamente a la ciencia médica, no correspondiendo este avance con el de enfermería, creándose un hiato en la interrelación paciente-enfermera-médico (14).

Se concluye entonces que interactuar con el dolor y con cada uno de sus eventos, lleva implícito poseer un entrenamiento e información amplia sobre aspectos tales como: Mecanismos desencadenantes del dolor, métodos de evaluación del dolor, instrumentos aplicables en la valoración del dolor y conocimiento acerca de la variedad de tratamientos.

Si enfocamos nuestra práctica por ejemplo en el alivio del dolor en niños, necesitaremos un entrenamiento acerca de: Mecanismos y percepción del dolor en las diferentes etapas del desarrollo de los niños, instrumentos de valoración y medición del mismo, mecanismos de acción de los medicamentos y efectos adversos. Síndromes dolorosos de más frecuente presentación en los infantes.

Cuando se cuida al paciente oncológico con dolor, nuestro conocimiento sobre la biología tumoral, los diversos tratamientos oncológicos, síndromes dolorosos

específicos ocasionados por el cáncer, abordaje del paciente moribundo, abordaje de la familia, terapéuticas para paliar la enfermedad y aumentar la calidad de vida, serán los tópicos de nuestras fortalezas como cuidadores. Conceptos erróneos acerca de la adicción, la tolerancia y la dependencia física de los medicamentos, unido al desconocimiento de la dosis terapéutica máxima y mínima, dosis de rescate, el metabolismo, sinergismo y antagonismo de los analgésicos y otros medicamentos usados para aliviar el dolor (6). Las restricciones gubernamentales que excluyen manejos y procedimientos por considerarlos no POS (No incluidos en el plan obligatorio de salud), todos estos aspectos condicionan la oportuna y efectiva intervención en el alivio del dolor.

Humanizar el cuidado del paciente con dolor, nos compromete a propender por una oportuna y proactiva inserción de las personas que sufren dolor a su entorno familiar, laboral y social, promoviendo siempre en ellas su auto cuidado hasta donde puedan ejercerlo. Nos compromete a acompañarlos hasta el final de su vida, cuando ha desaparecido toda esperanza de curación, atendiendo su queja dolorosa y entendiendo su angustia, que es también manifestación de dolor y sufrimiento (7).

Nuestros pacientes no siempre tendrán necesidad de un analgésico, a menudo el único medicamento que podremos administrarles será: "Nuestra presencia, atención y nuestras palabras".

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonica JJ, Loeser J, Butter S, Chapman CR. The management of pain. History of pain concepts and therapies. 2001; (1) 3-18.
2. Jacques W. L'Infirmiere et la douleur. Institut UPSA de la Doleur. ed Ruel Malmaison (Paris) 2000; 4-141.
3. Alison T. Educating nurses about pain management: the way forward. Journal of Clinical Nursing 2002; 11:705-14.
4. Gevitrz C. Pain management considerations in the neonatal period. Topics Pain Management. 2008; 4 (2): 77-85.
5. Patiño HL. Dolor agudo y postoperatorio. Manual de Dolor en niños y adolescentes2002; (6): 63-72.
6. Collins J. Pain control options in palliative care. Special considerations for children. Am J Cáncer 2005; 4 (2): 77-85.
7. Loeser JD. Pain and Suffering. The Clinical Journal of Pain 2000; (16):52-6.
8. Vender. Sedation, analgesia and neuromuscular blockade in sepsis. An evidence-based review. Cri Care Med 2004; 32 (11):554-61.
9. Haraldseid C, Dysvik E, Furnes B. The Experience of loss in Patients suffering from Chronic Pain. Attending a Pain Management Group Based on Cognitive-Behavioral Therapy: Pain Management Nursing 2014; 15(1):12-21.
10. Fernandez C. Dolor: Hecho íntimo y personal. Manual de dolor 2004; (1):13-7.
11. Gómez PI, Hernández JJ. Manual Dolor en la mujer 2008; 13-33.
12. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Rilley JL. Sex, Gender, and Pain: A Review Clinical and Experimental Findings. J Pain 2009; 10: 447-85.
13. Anderson KO, Green CR, Payne. Racial and ethnic disparities in pain. Pain Med 2008; 4: 277-94.
14. Sanchez-Sanchez RM, Pernia JV, Calatrava J. Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12:81-105.

15. De Rond MEJ, de Wit R, Vab Damm FSAM, et al. A pain monitoring program for nurses: effect on the administration of analgesic. *Pain* 2000; 89:25-38.
16. Fawcett J. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and Evaluation of nursing models and theories*. 2 ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2005.
17. Peterson SJ. Introduction to the nature of of nursing knowledge. In Peterson SJ, Bredow TS. (ed.). *Middle range theories: application to nursing research*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2004.