

AUTORES

Isabel del Puerto Fernández*

M.^a Jesús Marta Gago Cabezudo**

Rosa M.^a Píriz Campos*

Inés C. González Gómez*

* Profesoras titulares de Enfermería Médico-Quirúrgica.

** Profesora asociada de Farmacología Clínica

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo

UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA

RESUMEN

Los objetivos de nuestro trabajo han sido identificar la percepción del paciente respecto al dolor en el postoperatorio traumatológico y analizar la valoración de Enfermería ante el dolor para la planificación de los Cuidados.

Se ha utilizado un instrumento de Valoración del Dolor en un grupo de pacientes postquirúrgicos tratados con antiálgicos en una Unidad de Traumatología, analizándose el tipo de antiálgico utilizado y la prescripción del mismo, el alivio y los desencadenantes del dolor en los pacientes y la planificación de Cuidados de Enfermería ante el mismo.

Por los resultados obtenidos observamos que al no ser los antiálgicos pautados no se consiguen niveles plasmáticos estables, siendo su eficacia limitada y que no se planifican Cuidados de Enfermería ante el dolor.

PALABRAS CLAVE

Dolor; Postoperatorio; Cuidados de Enfermería; Valoración.

INTRODUCCIÓN

Dando un sentido distinto a las palabras de Séneca: “ Sufre más de o necesario el que sufre antes de lo necesario” (Epístolas, 95), nosotros decimos que se sufre antes de lo necesario porque se sufre más de lo necesario, llamando sufrimiento al dolor físico que puede sentir una persona sin que los profesionales de la Salud seamos capaces de disminuirlo o de aliviarlo, por el hecho de pensar que podemos valorar el dolor ajeno objetivamente y olvidando que es una sensación subjetiva que sólo el que la padece es capaz de valorar, es decir, que es todo lo que el que lo experimenta dice que es.

El dolor puede retrasar la recuperación de la Salud en una alteración transitoria o puede llegar a marcar toda una vida, como en el caso de Frida Kahlo (1) en la que su obra pictórica gira alrededor de su propio dolor.

La idea de este trabajo parte de estas consideraciones iniciales y del propósito de demostrar la importancia de la valoración del dolor para mejorar la calidad de los Cuidados de Enfermería, así como el papel que desempeña el paciente en la misma a la hora de planificar dichos Cuidados.

Hemos comenzado con el postoperatorio en Traumatología porque nos ha parecido significativo para nuestro propósito y más fácil de valorar, por parte de los alumnos que realizan la muestra, al ser n tipo de dolor de localización más concreta, en muchos casos in otra alteración asociada y con desencadenantes del dolor generalmente relacionados de forma directa con la lesión y no con la cobertura de otras necesidades básicas que estarán incluidas en el Plan de Cuidados general del paciente.

Los objetivos que nos hemos planteado para este primer análisis son:

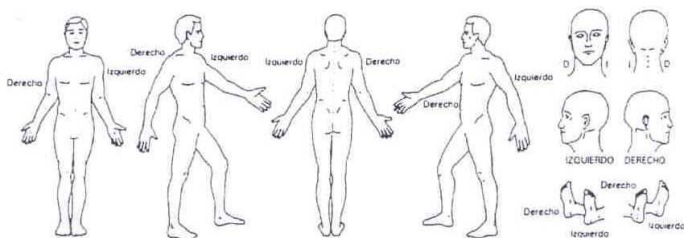
- a) conocer los antiálgicos más utilizados y comprobar la eficacia de los mismos en el postoperatorio traumatológico.
- b) Analizar la realización de valoraciones de Enfermería ante el dolor y comprobar si existe planificación de los Cuidados, dependiendo del resultado obtenido con la valoración.

MATERIAL Y MÉTODO

El número total de pacientes valorados ha sido de 40, todos los pacientes ingresados en la Unidad de Traumatología en periodo postoperatorio, durante los meses de Diciembre de 1994 y Enero de 1995. La edad media de los mismos era de 48 años, siendo el más joven de 14 años y el mayor de 82, de los cuales el 58% eran mujeres y el 42% hombres. Se ha utilizado un instrumento de valoración delo dolor siguiendo el modelo de M. McCaffery (2), al que hemos introducido algunas modificaciones para facilitar su utilización por parte de los alumnos (Fig. 1), dichas modificaciones no son sustanciales y se han debido a la adecuación del mismo a la teoría impartida. Este instrumento se basa en la valoración que el paciente realiza de su propio dolor, aplicando la escala de Andersen (3) para medir la intensidad del dolor (figura 2), completándose con el registro por parte del alumno de la Analgesia prescrita y los Cuidados planificados para el paciente.

INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN INICIAL DEL DOLOR (FIG. 1)

Paciente: Sexo..... Edad..... Fecha.....
 Diagnóstico.....
 I. LOCALIZACIÓN. El paciente o la enfermera señala las zonas o puntos dolorosos.



II. INTENSIDAD. Puntuación que el paciente hace del dolor (escala de 0 a 5)
 Dolor en este momento:

El mayor dolor que sufre:
El menor dolor que sufre:
Nivel aceptable de dolor:

III. TIPO (Use las palabras del paciente, p. ej.: punzada, dolorimiento, quemazón opresivo, pulsátil).....

IV. INICIO, DURACIÓN, VARIACIONES, RITMOS:

V. MANERA DE EXPRESAR EL DOLOR:

VI. ¿QUÉ ALIVIA EL DOLOR?:

VII. ¿QUÉ DESENCADENA O AUMENTA EL DOLOR?

VII. EFECTOS DEL DOLOR (Anótese la disminución de la función o de la calidad de vida)

Síntomas acompañantes (p. ej. náuseas):

Sueño:

Apetito:

Actividad física:

Relaciones con los demás (p. ej. irritabilidad):

Emociones (p. ej. cólera, llanto, tendencias suicidas):

Concentración:

Otros:

IX. ANALGESIA PAUTADA:

X. PLAN DE CUIDADOS:

ESCALA DEL DOLOR DE "ANDERSEN"

- 0- SIN DOLOR
- 1- DOLOR SUAVE
- 2- MOLESTIA
- 3- PENOSO
- 4- HORRIBLE
- 5- DOLOR AGUDÍSIMO



FIGURA 2

El método utilizado ha sido la recogida de datos a través del instrumento de valoración por parte de los alumnos de 2º curso de Enfermería, en su periodo de Prácticas Clínicas en la Unidad de Traumatología a los pacientes postoperados, por medio de entrevista a los pacientes, 24 horas después de la intervención, y revisión de la prescripción analgésica y los Planes de Cuidados de Enfermería. La evaluación y el análisis de los datos recogidos, ha sido realizada por los profesores de las distintas asignaturas implicadas en el trabajo.

Las variables que hemos considerado son:

- la intensidad y tipo de dolor manifestado por los pacientes
- el nivel aceptable de dolor para el paciente
- los mecanismos desencadenantes del dolor
- el alivio del dolor
- la analgesia prescrita
- los Cuidados de Enfermería ante el dolor.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos, una vez analizadas las valoraciones son los siguientes:

El 60% manifiesta padecer dolor muy intenso (entre 4 y 5). El 40% dolor moderado o leve (entre 2 y 3) (Fig. 3)

Figura 3. Intensidad de dolor



El tipo de dolor referido, ha sido descrito por los pacientes como: punzante (50%), dolorimiento (30%) y otros tipos (20%) (Fig. 4).

Figura 4: Tipo de dolor

Referente al nivel aceptable de dolor, el 72% soportaría molestias y el 28% un dolor suave, entre 1 y 2 en la Escala de Andersen (Fig. 5).

Figura 5: Nivel aceptable del dolor

En cuanto a los desencadenantes del dolor, aparece que el 80% se desencadena con las movilizaciones y el 20% con la realización de las curas (Fig. 6).

Figura 6: Desencadenantes del dolor

Respecto a lo que alivia el dolor, manifiestan que el reposo un 75% y los analgésicos un 25% (Fig. 7).

Figura 7: Alivios del dolor



En el apartado de la analgesia pautada, se ha comprobado que al 100% de los pacientes se les prescribe A.I.N.E.S. para su tratamiento, específicamente Metamizol Magnésico al 83% y Ketorolaco Trometazol al 17%, siendo el 100% de estos antiálgicos administrados a demanda del paciente.

Por último, en relación a los Cuidados de Enfermería ante el dolor, hemos detectado que el 85% de los pacientes carecen de una planificación de los mismos y que solo en el 15% se tiene en cuenta la consecución del alivio del dolor hasta un nivel aceptable por el paciente.

DISCUSIÓN

A la vista de los resultados de este primer análisis, podemos considerar que:

-Al ser la administración de los antiálgicos “a demanda”, no se consiguen niveles plasmáticos estables, siendo su eficacia limitada, puesto que, está demostrado que para llevar a cabo una prescripción “a demanda”, se debe realizar una valoración continuada del dolor en el paciente por parte de la enfermera, ya que sin no es así, se llegan a alcanzar valores intensos de dolor en los cuales la eficacia de los analgésicos está disminuida (4). Además, la prescripción analgésica debe ser pautada teniendo en cuenta las características del paciente y el tipo de intervención, puesto que hay un grado de dolor previsible, pero no todos los pacientes tienen el mismo umbral de dolor ni la misma tolerancia ante él.

-No se tienen en cuenta los desencadenantes del dolor para planificar los Cuidados de Enfermería, ya que no se siguen pautas establecidas de administración analgésica ni de utilización de otros métodos de alivio del dolor, antes de iniciar la movilidad del paciente (deambulación, aseo, cambios de ropa de cama, etc...) o de llevar a cabo las curas que como hemos visto, son los desencadenantes del dolor en este tipo de pacientes. En definitiva no hay unos Cuidados que tengan como objetivo, no ya aliviar el dolor, sino evitar que aumente o se desencadene.

Finalmente diremos que, para planificar Cuidados ante el dolor, hay que realizar valoraciones del mismo de una forma continuada que deben tener como objetivo abolir totalmente el dolor, este objetivo se modificará dependiendo de la evaluación del Plan de Cuidados, sin permitir en ningún momento que los pacientes tengan dolor, amparados por el lema, tan manido, de que existen ocasiones en las que el dolor es inevitable.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su colaboración a los alumnos de 2º curso de Enfermería en la recogida de datos para este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. El diario de Frida Kahlo. Madrid: Debate; Círculo de Lectores, S.A., 1995
2. McCaffery, MY. Y Berbe, A. Dolor. Manual clínico para la práctica de Enfermería. Barcelona: Salvat, 1992
3. Hospital San Juan Reus. Unidad de Tratamiento del Dolor. Dolor agudo y crónico. Actitudes terapéuticas. Madrid: Martgraf, S.A., 1990
4. Ruiz López, R. Tratamiento del dolor: Farmacología de los analgésicos y dolor postoperatorio. Rev. Rol de Enfermería 1993; 181: 77-81
5. Flórez, J. y Reig, E. Terapéutica farmacológica del dolor. Pamplona: EUNSA, 1993
6. Solana Zunzunegui, E. Actitud de la Enfermera ante el paciente con dolor. Rev. Enfermería Clínica 1993; (3) 2: 73-75
7. Vivancas, M. Morfina peridural y dolor postoperatorio. Rev. Rol de Enfermería 1992; 169: 18-20