



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES
CON DOLOR ONCOLÓGICO, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD
MÉDICA DE ADULTOS DEL HOSPITAL PADRE MACHADO
EN 1^{er} TRIMESTRE DEL 2013.
(Trabajo Presentado como Requisito Parcial para Optar al Título de
Licenciada en Enfermería)**

Autoras:

T.S.U. Andarcia Joselin

C.I. N° 16.474.788.

T.S.U. Rivas Rosa

C.I. N° 17.861.106

T.S.U. Rojas Diana

C.I. N° 18.329.430

Tutora:

Lcda. Secundina Cárdenas

Caracas, Noviembre 2013



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES
CON DOLOR ONCOLÓGICO, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD
MÉDICA DE ADULTOS DEL HOSPITAL PADRE MACHADO
EN 1^{er} TRIMESTRE DEL 2013.**

Autoras:

T.S.U. Andarcia Joselin

C.I. N° 16.474.788.

T.S.U. Rivas Rosa

C.I. N° 17.861.106

T.S.U. Rojas Diana

C.I. N° 18.329.430

Tutora:

Lcda. Secundina Cárdenas

Caracas, Noviembre 2013

AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos la vida, sabiduría, ser nuestra fortaleza y la guía de nuestros caminos.

A nuestra casa de estudio "Escuela de Enfermería U.C.V "y a sus profesores por la formación recibida. También estamos agradecidas con nuestra casa de estudio ya que nos formó como profesionales y aprendimos el inmenso valor del conocimiento, por nuestros profesores y compañeros de estudios ser ucevista nos lleva a tener una mayor responsabilidad dentro y fuera, ser ejemplo para los demás , no nada mas por tener el privilegio de graduarnos aquí , sino que ser ejemplo para otros como personas ,amigas, esposas y profesionales, gracias a todos .

A nuestra Tutora Secundina Cárdenas por dedicarnos el tiempo necesario y por su valiosa ayuda para el éxito de este proyecto.

A la Sra Enil Mongüe por su valioso aporte, dándonos siempre ánimo para la culminación de este trabajo especial de grado.

A todos los pacientes que padecen esta terrible enfermedad y padecen de dolor oncológico.

Al Hospital Padre Machado y a sus profesionales de Enfermería por toda la ayuda y colaboración prestada.

A todas aquellas personas que de una manera u otra colaboraron en este trabajo.

A todos nuestra eterna gratitud

LAS AUTORAS

DEDICATORIA

Este trabajo especial de grado se lo dedico a Dios padre todo poderoso, por darme vida y salud, para desarrollarlo y culminarlo.

A San Miguel Arcángel, mi Arcángel protector.

A mi hijo Miguel Alejandro, mi hijo adorado que desde el vientre fue testigo del enorme sacrificio de su madre, para culminar la meta de ser Licenciada en Enfermería; a ese hermoso hijo que permitió, que en vez de dedicarle todo mi tiempo a él, brindo de su tiempo para la realización de este trabajo.

A tí madre Juana Romero, por tu abnegación y dedicación todo los días de tu vida, hacia mí, gracias madre por la vida.

A mi Hermana Roselín, y mi tía Yolanda por su apoyo.

A mis tíos y primos por su colaboración.

A mis compañeras de Tesis por permitir que formará parte de este proyecto.

JOSELIN CAROLINA ANDARCIA

DEDICATORIA

A Dios, por darnos el valor de seguir adelante y convertir nuestros sueños en realidades.

A mis abuelos maternos, mi madre y hermanos quienes son mi motivación, apoyo, comprensión e inspiración en la realización de este estudio, además por compartir tantos sacrificios y darnos el tiempo necesario para el logro de nuestra meta propuesta.

A todos nuestros compañeros de estudio y amigos los que de una u otra manera quisieron ver nuestros sueños hechos realidad.

ROSA RIVAS

DEDICATORIA

Principalmente le doy gracias a mi señor Jesucristo, por darme la fortaleza, sabiduría y como tan solo este ser tan especial para mi me ha ayudado y seguirá así, fortaleciendo mis debilidades y guiándome por el buen camino, de esta manera he podido afrontar mis dificultades para llegar hasta el día de hoy yo doy gracias de todo corazón a el y a los ángeles que están a mi favor, por lo cual mi corazón estará por siempre confiado en Jesús amen.

Gracias doy a mi esposo Daniel Gómez por ser parte motivadora de mi vida para lograr mis metas lo amo tanto emocionalmente como económicamente.

También agradecida con Dios por tener a mi hermosa hija Daniela Victoria que es ese motor para mi en superarme cada día.

Gracias a todos aquellos amigos y familiares que me han apoyado para seguir luchado por mis sueños y metas.

También agradecida con mis compañeras de tesis Joselin y Rosa las bendigo en el nombre de Jesús, a mis profesores que durante todo este tiempo me brindaron de sus conocimientos y enseñanzas.

DIANA ROJAS

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado, presentado por las **T.S.U.** Andarcia Joselin, Rivas Rosa y Rojas Diana para optar por el título de Licenciadas en Enfermería, que lleva por título: **CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES CON DOLOR ONCOLÓGICO, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD MÉDICA DE ADULTOS DEL HOSPITAL PADRE MACHADO EN 1^{er} TRIMESTRE DEL 2013.**, considero que reúne las condiciones y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los _____ días del mes de _____ del dos mil trece.

Lcda. Secundina Cárdenas

C.I. N° V- 9.223.415

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIAS	vi
ACTA TRABAJO ESPECIAL DE GRADO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
LISTA DE CUADROS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos de la Investigación.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	9
Justificación del estudio.....	9
II: MARCO TEÓRICO	
Antecedentes del Estudio.....	12
Bases Teóricas.....	20
Sistema de Variable.....	88
III: MARCO METODOLÓGICO	
Diseño de investigación.....	91
Tipo de estudio.....	92
Área de Estudio.....	92
Población.....	93
	Pp
Técnicas para la Recolección de Datos.....	93
Instrumento para la recolección de datos.....	94

Procedimientos para la recolección de datos.....	95
Validez	95
Confiabilidad.....	96
Plan de tabulación de datos.....	96
IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	98
V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	116
Recomendaciones.....	118
Referencias Bibliográficas.....	119
Anexos.....	122

LISTA DE CUADROS

Nº		P.p
1	Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Posiciones antálgicas, gestos faciales, llanto, otros. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.	99
2	Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Constantes vitales. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.	101
3	Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Causas, tipos, duración, tiempo, localización, Intensidad, características. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.	103
4	Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Aspectos psicológicos. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.	106

- 5 Distribución absoluta y porcentual de las observaciones 108 realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Aspectos Sociales y Espirituales. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.
- 6 Distribución absoluta y porcentual de las observaciones 111 realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento farmacológico. Indicador: Escala de Analgésicos de la OMS. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.
- 7 Distribución absoluta y porcentual de las observaciones 114 realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento no farmacológico. Indicador: Medidas ambientales y organizativas. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.
- 8 Distribución absoluta y porcentual de las observaciones 117 realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento no farmacológico. Indicador: Medidas Físicas y Psicológicas. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.

• **LISTA DE GRÁFICOS**

Nº		p.p
1	Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Posiciones antálgicas, gestos faciales, llanto, otros. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.	100
2	Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Constantes vitales. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.	102
3	Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Causas, tipos, duración, tiempo, localización, Intensidad, características. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.	105
4	Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Aspectos psicológicos. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.	107

- 5 Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Aspectos Sociales y Espirituales. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013. **110**

- 6 Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento farmacológico. Indicador: Escala de Analgésicos de la OMS. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013. **113**

- 7 Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento no farmacológico. Indicador: Medidas ambientales y organizativas. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013. **116**

- 8 Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento no farmacológico. Indicador: Medidas Físicas y Psicológicas. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013. **119**



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA



CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES CON DOLOR ONCOLÓGICO, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD MÉDICA DE ADULTOS DEL HOSPITAL PADRE MACHADO EN 1er TRIMESTRE DEL 2013.

Autoras:

T.S.U. Andarcia Joselin

T.S.U. Rivas Rosa

T.S.U. Rojas Diana

Tutora: Lcda. Secundina Cárdenas

Fecha: Abril 2013

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar los cuidados que proporciona el profesional de Enfermería a los pacientes con Dolor Oncológico, Hospitalizados en la Unidad de Oncología Médica de Adultos, del Hospital Padre Machado en el primer trimestre del 2013. El estudio está basado en un diseño de campo, transversal univariable; enmarcado dentro del tipo de estudio descriptivo. Para recolectar la información se aplicó una Guía de Observación en escala dicotómica con 50 ítems. Se evidenció que los profesionales de enfermería observados en su mayoría (96,6 %), cumplen con la valoración de las conductas del dolor en cuanto a gemidos, llanto y posiciones antálgicas, cumple con las acciones de valoración del dolor físico. En cuanto a métodos de valoración el 100% de la población en estudio no utiliza escalas como métodos para valorar el dolor, siendo fundamental para estimar éste de una forma más objetiva. En cuanto a los aspectos psicológicos se pudo observar que el profesional de enfermería no toma en cuenta la ansiedad (83,4%), ni identifica los signos de disminución de las actividades e insomnio (90%), ni la alteración de las relaciones familiares (100%) ; en la administración de fármacos (70%) de este personal omite un criterio importante como es la hora fija de la administración del fármaco. Así mismo, se observó que el profesional de enfermería no cumple con las medidas ambientales y organizativas referidas a la educación del paciente y sus familiares. En cuanto, al uso de medidas físicas se observó que el 100% no cumple con ninguna de las medidas necesarias para el alivio del dolor. Las autoras recomiendan sensibilizar al profesional de enfermería sobre los cuidados a los pacientes con dolor oncológico, estandarizar los cuidados abarcando el concepto de Dolor Total, tomar en cuenta el tratamiento no farmacológico ; como cuidados de Enfermería.

Descriptor: Dolor oncológico, Cáncer, Cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN

La palabra Cáncer o neoplasia se asocia inevitablemente a muerte o sufrimiento, la cual origina diversas reacciones emocionales, el cáncer constituye hoy, un verdadero problema de salud pública, cuya incidencia va en franco aumento. Cada año aproximadamente nueve millones de personas enferman de cáncer en el mundo y 70% de ellos fallecen por la enfermedad. Sin embargo cada vez se conoce más sobre esta enfermedad, lo que ha permitido hacer uso de nuevos tratamientos, aumentando las esperanzas para quienes lo padecen. Esta enfermedad abarca una serie de síntomas, donde el más común y temido es el dolor, este síntoma altera el afecto del paciente, deseo de vivir, relaciones familiares, vida social, trabajo, sueño, apetito, espiritualidad y habilidad para participar en actividades físicas; ya sea para el cuidado de si mismo o recreación; cuando no se trata el dolor de manera adecuada puede causar la muerte emocional y espiritual del paciente mucho antes de la muerte biológica.

Según Vargas (1999), la presencia de dolor en el paciente se encuentra asociada con múltiples factores, tales como:

La falta de Esperanza y el temor a la muerte, lo cual hace que el sufrimiento de estos pacientes sea global. Por tanto para abarcar estos aspectos se maneja el concepto de Dolor Total concepto que engloba los aspectos físicos, fisiopatológicos, sociales y espirituales. (Pág 11).

El dolor es un conjunto de síntomas que incapacitan o merman la calidad de vida, por tal motivo se considera un estímulo perjudicial, que señala lesión tisular actual o inminente, constituye una experiencia compleja que afecta a las personas en su globalidad debido a la continua interacción cuerpo-mente, provoca sensaciones, sentimientos y un conjunto de características en quienes lo padecen.

El presente trabajo de investigación se basa en los cuidados que proporciona los profesionales de Enfermería a los pacientes con dolor oncológico, la cual es de gran importancia ya que si los cuidados no se realizan de la manera adecuada conlleva a un gran número de problemas que influyen significativamente en la calidad de vida de los pacientes.

En la actualidad los profesionales en Enfermería tienen la necesidad por ser el personal de la salud que brinda atención directa a los pacientes oncológicos, de mejorar los cuidados dirigidos a dichos pacientes, ya que muchos de las personas que padecen esta enfermedad no pueden ser curados, pero si se puede brindar un modelo asistencial, que mejore la calidad de vida de estos pacientes.

El proyecto de investigación se presenta en cinco capítulos:

Capítulo I el problema, contiene el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación.

Capítulo II el marco teórico, el cual esta conformado por los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, el sistema de variables y su Operacionalización.

Capítulo III el marco metodológico, se describe el diseño de investigación, tipo de estudio, la población y muestra, el método de procedimiento para la recolección de datos, la validez, confiabilidad, el procedimiento para la recolección de datos y las técnicas de análisis de datos.

Capítulo IV la presentación y análisis de resultados, que describe el análisis de los resultados obtenidos y la representación gráfica obtenida en la investigación.

El Capítulo V conclusiones y recomendaciones, que incluye la presentación de las conclusiones y recomendaciones resultantes del trabajo de investigación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

El termino neoplasia según publicaciones de Deacon Jame (2006) significa de “acuerdo a sus raíces etimológicas tejido de nueva formación” Neoplasia se aplica generalmente a los tumores malignos “(proliferado de células con comportamiento rebelde)” (Pág.190). Las enfermedades o lesiones cuyos nombres tienen el sufijo Oma, indican neoplasia; adenoma, osteosarcoma, leiomioma, lipoma, melonoma, entre otras.

Al respecto Buschasahac Jeanme, (2007), señala que “existen dos tipos de neoplasia, las benignas o tumores benignos y los malignos o cáncer”. (Pág. 76). La palabra cáncer o neoplasia se asocia a muerte o sufrimiento, la cual origina diversas reacciones emocionales considerando todos los estudios y todos los tipos de tumores, el dolor está presente en el 50% de los pacientes. Según López Eulalia (2004) “Cuando nos referimos a un paciente en fase terminales, el dolor alcanza una incidencia del 75- 85%”. (Pág. 85). Lo que constituyo un problema mundial en materia de salud pública y social de hecho se trata del síntoma más frecuente en cualquier tipo de afección neoplásica. Según estimaciones preliminares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007) 4,8 millones de persona sufren dolores por presentar cáncer, de una intensidad moderada a grave sin recibir un control adecuado.

Según diversas estadísticas publicadas por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S). (2007),” el porcentaje de pacientes oncológico que sufren dolor neoplásico se sitúa entre 50 y 75%, cifra que alcanza el 90% a medida que avanza la enfermedad (Pág. 190).

De acuerdo a la asociación internacional para el estudio del Dolor (I.A.S.P.). (2007), define dolor como una “experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión (Pág. 190).

Al respecto Merskey, 1994, citado por Vargas Griseel ha definido dolor de la siguiente manera:

El Dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión existente o potencial y descrita en términos de dicha lesión. Esta definición es la más aceptada a escala mundial ya que integra la dimensión sensorial englobando los mecanismos generales que pueden ser de origen físico o psicológico. (Pág. 12).

De acuerdo a la referencia el dolor es siempre subjetivo; cada persona aprende a aplicar la palabra a través de experiencias; en este sentido es incuestionable que el dolor físico se determine como una sensación desagradable en una o más partes del cuerpo, por lo tanto es también una experiencia emocional.

El dolor altera el afecto del paciente, deseo de vivir, relaciones familiares, vida social, trabajo, sueño, apetito, espiritualidad y habilidad para participar en actividades física; ya sea para el cuidado de sí mismo o recreación; cuando no se trata el dolor de manera adecuada puede causar la muerte emocional y espiritual del paciente mucho antes de la muerte biológica.

Según Luckmann Joann (2000) el dolor por cáncer es “controlable en el 90 al 95% de los casos, pero el control deficiente es un fenómeno mundial, del 25 al 80% de los pacientes cancerosos viven con dolor no controlado”. (Pág. 616). La magnitud del problema es puesta en evidencia, debido a la atención que se presta al dolor en la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), organizaciones profesionales que abordan el tema y muchas iniciativas estatales.

La gran cantidad de personas que sufren de dolor por cáncer, además de que en general existen deficiencias en el tratamiento son dos factores lo suficientemente importantes como para considerar que se trata de un problema de salud pública.

Dada la ausencia de estudios de datos estadísticos del comportamiento del dolor en Venezuela la Asociación Venezolana para el Estudio del Dolor (AVED) 2008, realizó un estudio piloto de la epidemiología del dolor en pacientes que acuden a servicios de emergencia en las ciudades de mayor población de Venezuela, los resultados sugieren que el dolor es un grave problema de salud, que influye en la calidad de vida. La mayoría de los pacientes desconocen el origen de su dolor y las indicaciones no siempre resuelven la situación porque no se hace distinción terapéutica.

Asimismo la Sociedad Anticancerosa 2006, señala que las enfermedades oncológicas que llevan al paciente a un estado terminal ocuparon el segundo lugar de las principales causas de muerte en Venezuela, estimando que más del 80% de pacientes con cáncer no reciben un adecuado tratamiento para el dolor y cuidados paliativos, lo que hace que exista una prevalencia del dolor oncológico en dichos pacientes, esto hace que el paciente cada día desmejore su calidad de vida por toda la sintomatología que conduce esta enfermedad a la vez no solo sufre el paciente sino también los cuidadores y familiares que están en torno a él. Según varios autores citados por Vargas (1999) :

Los dolores ocasionados con la patología oncológica son multicausales; según la literatura mundial en el 65% a 78% de los casos el Dolor está en relación directa con el tumor o infiltración tumoral (Serrie 1994, Venfrida 1985, Patt 1993, Foley 1979, Meynadier 1996). Del 19 al 25% está en relación con el tratamiento anticanceroso (Bonica 1990). Y solo de un 3 a 10% del Dolor, es de origen benigno, es decir sin relación con el cáncer ni su tratamiento. (Pág. 15).

Para el control del dolor oncológico se requiere de un tratamiento multimodal con analgésicos y otros métodos; iniciando con la escalera analgésica desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S). La principal característica de la escala analgésica de la O.M.S, es la recomendación de prescribir fármacos básicamente analgésicos en función de su potencia analgésica y del tipo de dolor que invade al paciente.

A medida que aumentan, se incluyen opiodes que son más potentes en el régimen de tratamiento, así como medidas adicionales de control del dolor, según la valoración del mismo. En tal sentido Vargas – Schaffer (1999) describe cuatro niveles de la escalera terapéutica de la O.M.S:

El nivel 1 está representado por los analgésicos no opiodes como la aspirina, los analgésicos no esteroides, el paracetamol y la Dipirona.

El nivel 2 representando opiodes débiles, el nivel 3 por la morfina vía oral y los opiodes fuertes. El 4^{to} nivel está representado por las diferentes vías de Administración de los opiodes. El nivel flotante que puede ser utilizado como anexo, sobre todo en el nivel 3 y 4 de la escalera analgésica y donde están representados los actos neuroquirúrgicos y los bloqueos nerviosos (Analgésicos y neurolíticos), estos últimos con indicaciones muy precisas).

“No todos los profesionales conocen o siguen estas recomendaciones y aun hoy en día, el porcentaje de enfermos que no tienen bien controlado su dolor sigue siendo importante”. López Eulalia (Pág. 93).

Las Autoras señalan que el control del Dolor oncológico, debe contemplarse dentro de una estrategia de cuidados continuos, en la que el profesional de Enfermería es el pilar fundamental en el equipo multidisciplinario de salud, ya que son los que están en contacto continuo, y permanecen la mayor cantidad de tiempo junto al paciente, esto le permite ejercer plenamente el rol de cuidador. La enfermería paliativa, tiene como objetivo principal conseguir el máximo confort y bienestar de los pacientes,

evitando el sufrimiento y así mejoran la calidad de vida o lograr en el peor de los casos una muerte digna.

Según la OMS 2007, determina que los cuidados paliativos “es la asistencia activa y total, de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde, al tratamiento curativo, los objetivos básicos son el control del dolor y otros síntomas, el apoyo Psicosocial y emocional al enfermo y su familia, tratando de lograr un mayor bienestar y mejorar su calidad de vida”.

El concepto de cuidados paliativos, describe el alivio del dolor, como objetivo básico y fundamental para obtener un mayor grado de bienestar posible, y mejorar la calidad de vida. Al igual que el objetivo de los cuidados de Enfermería es que las personas alcancen su bienestar y mejoría.

Partiendo de estos preceptos y considerando lo expuesto por los diferentes autores, con respecto al dolor oncológico y las consecuencias de su padecimiento y el deterioro físico que ocasiona en las personas afectadas, es importante destacar o señalar la situación presentada en el hospital Padre Machado ubicado en el Cementerio, centro de salud de referencia nacional para el diagnóstico, tratamiento y de terapia para los pacientes oncológicos; en donde el dolor desafortunadamente representa una experiencia compleja en estos pacientes y de difícil manejo por parte del profesional de enfermería, hecho observado por las investigadoras durante el cumplimiento de las prácticas clínicas de la asignatura “Área de Interés” del décimo semestre de la licenciatura de Enfermería.

Situación observada frecuentemente en la unidad de oncología médica de Adulto, donde las manifestaciones de dolor presentada en un gran porcentaje de los pacientes son constante y forma parte del día a día. Esta condición que viven los profesionales de Enfermería, con los pacientes que sufren de dolor; favorece a la cotidianidad con el dolor humano; es decir, hasta aceptar la presencia de dolor por cáncer como algo normal, limitando

así la valoración del dolor de una manera integral y objetiva, retrasando los planes de cuidados, como la administración de fármacos indicados, cumplimiento de horarios establecidos, alterando así el bienestar del paciente.

Otra situación que se presenta es la carencia de una guía dentro de la unidad para evaluar y registrar el dolor por cáncer, y el cuidado que el profesional de Enfermería debe proporcionar a estos pacientes, por lo que esta situación conduce a plantearse las siguientes interrogantes: ¿El profesional de enfermería valora el tipo de dolor que presentan los pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncología Médica?

¿Mide el profesional de Enfermería la intensidad del dolor que presentan los pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncología Médica?

¿El profesional de Enfermería administra la terapia farmacológica, tomando en cuenta la escalera analgésica de la OMS?

¿El profesional de Enfermería utiliza tratamiento no farmacológico para el alivio del dolor?

En busca de respuestas a las interrogantes hechas, se plantea el siguiente problema de investigación, ¿Cuáles son los cuidados de Enfermería en los pacientes que presentan dolor por cáncer, hospitalizados en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Padre Machado en el primer trimestre del 2013?

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Determinar los cuidados que proporciona el profesional de Enfermería a los pacientes con dolor oncológico, hospitalizados en la Unidad de Oncología Médica de Adultos, del Hospital Padre Machado en el primer trimestre del 2013.

Objetivos Específicos

- Describir la Valoración que realiza el profesional de Enfermería, para identificar el dolor oncológico que presentan los pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncología Médica de Adultos.
- Identificar los métodos que utiliza el profesional de Enfermería para medir la intensidad del dolor en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncología Médica.
- Identificar los fármacos que administra el profesional de Enfermería según la escalera analgésica para cada tipo de dolor.
- Identificar el tratamiento no farmacológico que aplica el profesional de Enfermería para el alivio del dolor.

Justificación

La elaboración del presente trabajo, ha surgido de la necesidad de realizar un estudio sobre los cuidados del profesional de Enfermería en los pacientes con dolor oncológico hospitalizados en la unidad de oncología médica de adultos del hospital Padre Machado, debido a las altas incidencias de manifestaciones de dolor en un gran porcentaje de los pacientes hospitalizados en la unidad.

Donde se requiere o pretende que la información proporcionada por la investigación, sirva de base de datos, para el aprovechamiento de todo el equipo multidisciplinario de la salud, contribuyendo con el avance en el cuidado humano a los pacientes con dolor oncológico, mostrando las diferencias existentes entre los aspectos teóricos y prácticos, de los cuidados aplicados para el alivio del dolor.

Por tal motivo, la investigación es de utilidad para el profesional de Enfermería que labora en la Unidad de Oncología Médica de Adultos, al

demostrar la responsabilidad que posee en el manejo oportuno del dolor en el paciente oncológico a través de una valoración del dolor de manera integral y objetiva, dando cumplimiento a planes de cuidados efectivos, donde la administración de fármacos indicados, y otra serie de cuidados son de vital importancia para el alivio del dolor en estos pacientes, así contribuir para que mejoren su calidad de vida.

El desarrollo de esta investigación será de enriquecimiento teórico-práctico a nivel investigativo, ya que cada día aumenta el número de personas en el mundo que padecen cáncer, y manifiestan est síntoma, que a pesar de estudios realizados sobre el mismo, aun existen dificultades para ser tratado. Con ello se desea minimizar el dolor en pacientes con cáncer, susceptibles por muchos factores, como lo es la asociación de la enfermedad a la muerte.

Para el Hospital Padre Machado será un aporte en cuanto a determinar los cuidados de enfermería que se deben proporcionar a los pacientes con dolor oncológico, hospitalizados en la unidad de oncología de adultos, se pretende humanizar y sensibilizar a los profesionales de enfermería, al proporcionar cuidados humanos a los enfermos que sufren dolor por cáncer.

Para las autoras resultó de gran importancia la realización de la presente investigación, ya que representa el desempeño de las funciones asistenciales, docencia y de investigación, que le da un aporte y perfil científico a la profesión, beneficiando a los profesionales de enfermería, que influirá en una mayor calidad de atención a los enfermos que padecen dolor oncológico ó dolor por cáncer.

Metodológicamente se pretende que el estudio sirva de referencia a futuras investigaciones al ampliar los conocimientos acerca del tema. Por último es importante destacar que toda investigación que esté destinada a

mejorar el bienestar tanto del paciente, como el de la profesión se justifica en sí misma.

Cabe destacar que es un requisito fundamental para optar al título de Licenciada en Enfermería, pero que al mismo tiempo incentiva a los profesionales a realizar investigaciones para mejorar en el campo laboral y proporcionar mejores cuidados.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

El presente capítulo describe diferentes estudios y revisiones bibliográficas relacionada con la variable cuidados de enfermería a los pacientes con dolor neoplásico, hospitalizados en la Unidad de Oncología Médica de Adultos del Hospital " Padre Machado".

Antecedentes de la investigación

Dentro de los trabajos revisados que sirvieron de antecedente a la presente investigación, se encuentran:

En el ámbito internacional. Troncoso Marcelo y otros (2003), realizaron una investigación titulada "**Evaluación del manejo del dolor y factores asociados en usuarios adscritos al policlínico del dolor y cuidados paliativos del hospital Herminda Martín de Chillan Chile**" la investigación se adaptó a la modalidad de un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo propósito fue identificar el manejo y evaluación del dolor, considerando algunos de sus factores asociados en usuarios adultos y adultos mayores, la muestra la constituyeron 59 usuarios de ambos sexos, de zona urbana y rural de fácil acceso que se encontraran en su domicilio, que fueran capaces de contestar las preguntas realizadas, con y sin conocimiento del diagnóstico.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario de 29 preguntas, elaborado por los autores, durante el mes de Abril, a través, de visita domiciliaria. Este incluyó la Escala Visual Análoga del Dolor (Scott - Huskinsson) y la Escala Analgésica de la OMS. para clasificación del tratamiento farmacológico.

Los resultados obtenidos indican que el 64,4% de la muestra no presenta dolor al momento de aplicar la encuesta, el 49,2% tiene entre 66 y

más años de edad, son de sexo femenino el 59,3%, un 84,7% vive en el sector urbano, con escolaridad el 91,5%, en tramo beneficiario A y B se encuentra 88,1 %, con pareja el 52,5 % este mismo porcentaje de usuarios no conoce su diagnóstico y el 52,9% utiliza opioides en un periodo de 1 a 4 meses. Las variables que mostraron significancia estadística fueron el uso y tipo de opioide para el manejo del dolor. Se observó que los factores sociodemográficos no presentaron correlación estadística significativa.

Con esta investigación se detectaron los factores asociados en el manejo del dolor, en usuarios que se encontraban en su domicilio, entre las conclusiones sobresale que existe un buen manejo del dolor, el uso de opiodes codeina y morfina son los más utilizados y en ambos se presentaron, los mas altos porcentajes de pacientes sin dolor, se cumplen satisfactoriamente los principios de la escalera analgesica de la OMS, ya que los pacientes con AINE solo se encuentran en su mayoría sin dolor, que al igual que los usuarios que utilizan opiodes, también presentan porcentajes de ausencia de dolor; debido al prolongado tiempo de uso de opiodes, aparecen mayores casos de dolor moderado y fuerte, haciendo necesaria la valoración constante. Dichas conclusiones evidencia que con una buena educación al usuario y familiares acerca del manejo del dolor, metodos para la evaluación y uso de la escalera analgesica de la OMS, se pueden obtener avances en el control o alivio del sintoma dolor. Chile es uno de los países en latinoamerica que ha mostrado avances importantes en el tratamiento del dolor. Esta investigación servira de aporte al sustento teórico, de la variable en estudio.

Relacionada con el Tratamiento no farmacológico y su uso para el alivio del dolor, se encuentra la investigación realizada por Vanegas de Ahogado y otros (2008), titulada: "**Experiencias de Profesionales de Enfermería en Terapias Alternativas y complementarias aplicadas a personas en situaciones de dolor**".

Para conocer las experiencias de profesionales de enfermería en el uso de terapias alternativas y complementarias aplicadas durante el cuidado de la salud a personas en situación de dolor, se realizó un estudio cualitativo, como trabajo de grado de un grupo de estudiantes de pregrado de Enfermería de la Universidad El Bosque Colombia, entre los años 2005 y 2007, en el que participaron cuatro profesionales de enfermería, con varios años de experiencia en la utilización de Terapia Floral, Acupuntura, Homeopatía, Quiromasaje y Naturopatía; es decir, aquellas terapias que, además permiten una acción sinérgica al combinarse con los procedimientos terapéuticos médico-farmacológicos-quirúrgicos convencionales, a los cuales complementan.

La selección de las participantes se realizó mediante la técnica "bola nieve" y la información se recogió a través de entrevistas semiestructuradas profundas para buscar la comprensión en contexto de dichas experiencias, desde el propio referente de las enfermeras participantes, el análisis de los resultados permitió conocer, que dichas experiencias, no tienen como único propósito aliviar determinado tipo de dolor, sino por lo general, valorar el estado de salud y hacer las intervenciones con enfoque integral, considerando a la persona como un ser holístico; por otra parte, este trabajo les ha proporcionado a las participantes gran satisfacción y posibilidades de desarrollo personal.

Estas profesionales abordan la situación de dolor, de la persona que consulta, desde su componente físico, psicológico, cultural y social, o que constituye una visión integral del ser humano, consideran que dar una mirada integral de la persona y de su ambiente, es algo propio de enfermería, que siempre se tiene presente durante la aplicación de terapias alternativas y complementarias. Dichas conclusiones constituyen un aporte vital a la presente investigación, ya que se ratifica la necesidad de la atención de manera integral, a las personas con situaciones de dolor, brindando un

enfoque holístico, en donde el profesional de enfermería, es fundamental para realizar aportes significativos en esta materia.

M. J. Rodríguez y otros (2006), realizaron una investigación titulada **"Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España"**. Estudio STEP ,El presente estudio ha sido diseñado para recoger información de un total de 600 pacientes, que acuden a Unidades del Dolor españolas por presentar dolor crónico (duración superior a 6 meses) en el momento de su inclusión. Dadas las características de los pacientes que se pretende estudiar, se cree que las Unidades del Dolor son los centros idóneos para la realización de este estudio, habiéndose conseguido la participación de 20 de estas Unidades repartidas por todo el territorio español.

Se trata pues de un estudio epidemiológico transversal realizado en todo el territorio nacional, mediante un corte en la situación del paciente con dolor crónico tratado en las mencionadas unidades. Según la encuesta "Pain in Europa" el dolor crónico afecta a más de cuatro millones y medio de españoles con una duración media, según el estudio STEP, de seis años y medio. El perfil del español con dolor crónico es; mujer, ama de casa, con un nivel socio económico medio y estudios primarios. Como consecuencia de la aparición y del mantenimiento del dolor crónico aparece un cuadro depresivo asociado en el 47% de los pacientes y en el 50% de ellos aparecen trastornos del sueño.

El mantenimiento del dolor crónico también presenta una serie de consecuencias dentro del ámbito económico; se ha comprobado que el 30% de los pacientes con dolor crónico han estado de baja laboral como consecuencia directa del dolor, requiriendo hospitalización el 11% de los pacientes con una estancia media de 12 días. A la vista de los datos que nos proporciona el presente estudio, podemos concluir que todavía se continúa aplicando, de una manera mayoritaria, las normativas emanadas de la

O.M.S. para tratar el dolor crónico, en los pacientes tratados en las unidades del dolor españolas.

También, se comprobó la no aplicación de esta normativa en aquellos pacientes donde el dolor crónico se presenta con un componente neuropático, en estos pacientes comprobamos que se utilizan, como primera opción de tratamiento, los fármacos coadyuvantes (antidepresivos y anticonvulsivantes) y que solo como una segunda opción de tratamiento está la posibilidad de utilizar opioides, siendo el tramadol y la oxycodona los que cuentan con mayores niveles de evidencias científicas.

Las autoras señalan que aunque en este estudio no trabajaron directamente con el dolor oncológico, se evidencia que en España el sistema de salud dedica mayores esfuerzos en el marco del tratamiento del dolor; aplicando de manera mayoritaria la escalera analgésica de la OMS, también se evidencia el impacto social, económico y emocional que tiene este síntoma en los pacientes; reforzando así la importancia de esta investigación.

En el ámbito nacional con relación a los cuidados propios de enfermería, Estrada I. y González M. V (2005), realizaron una investigación titulada **"Cuidados Paliativos Proporcionados por el Profesional de Enfermería al Enfermo Oncológico en Fase Terminal en las Unidades Clínicas de Medicina I, II Y III del Hospital Universitario de Caracas"** La población estudiada estuvo conformada por 26 Profesionales de Enfermería (Lic. y T.S.U) de las unidades clínicas de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.

Para la recolección de datos se aplicó el método de observación participante en la realización de las actividades diarias de los profesionales de enfermería, en específico en la aplicación de cuidados a los enfermos oncológicos en fase terminal; el instrumento utilizado constó de una guía de observación con 44 preguntas con alternativas dicotómicas. Se pudo concluir en relación al dolor físico que sólo el 14,6% de las veces el profesional de

enfermería realiza acciones destinadas a aliviar esta dimensión del dolor. En cuanto al alivio del dolor psicológico se obtuvo un 44,4% de acciones proporcionadas por el profesional de enfermería a enfermos oncológicos en fase terminal; El 76.5% de las veces el profesional de enfermería realizó acciones para aliviar el dolor social del enfermo oncológico en fase terminal.

En ningún momento se observó acciones relacionadas al alivio del dolor espiritual (0 %). Estos resultados evidenciaron que el 66% de las veces el profesional de Enfermería no realiza cuidados paliativos destinados al Alivio del Dolor Total; lo que pone en riesgo la calidad de vida del enfermo oncológico en fase terminal.

Esta investigación tiene estrecha relación con la variable en estudio, ya que se aborda el dolor en todas sus dimensiones, y los cuidados de enfermería para el alivio del mismo, evidenciando en los resultados que solo se realizan cuidados de enfermería en ciertas dimensiones; ya que no se maneja de manera integral o "Total", el Enfermería es el profesional del equipo multidisciplinario de salud idóneo por excelencia, para crear avances en los cuidados paliativos, por esta razón se hace referencia a la trascendencia de este estudio.

Sánchez Y, (2008), elaboró un trabajo titulado "**Programa educativo de atención domiciliaria en cuidados paliativos dirigidos al cuidador informal de pacientes en estado terminal afiliados a instituciones de servicios de salud domiciliarios en los municipios Ibarren y Palavecino en el Edo. Lara**", con una modalidad de proyecto factible con diseño de campo.

Se trabajó con 79 cuidadores de enfermo con la finalidad de detectar la necesidad que tienen los mismos de un programa educativo referido a cuidados paliativos basado en un enfoque de calidad para el binomio cuidador - enfermo, la investigación se desarrolló en tres fases, la primera corresponde al diagnóstico en cuyos resultados se evidenció que el sexo

predominante del cuidador es del sexo femenino con un 73%, que el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos es deficiente, en las necesidades sociofamiliares, emocionales y económicas, más del 50% de los cuidadores señalan que son completamente necesarias, el programa es factible desde el punto de vista social, institucional y legal, y permitirá mejorar la calidad del binomio enfermo-cuidador.

Esta propuesta es de suma importancia, como aporte al estudio, ya que se abarca las diferentes necesidades, para mejorar la calidad de vida del binomio, cuidador- enfermo, o enfermo-cuidador.

Cabriles, J.; Ríos Z. y Machado, Z (2008), desarrollaron una investigación titulada "**Unidad de Cuidados Paliativos como Alternativa de Hospitalización en el Hospital Universitario de Caracas**". El estudio fue realizado en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos, por ser el punto de encuentro entre el enfermo terminal y los profesionales de la salud. Metodológicamente corresponde a un proyecto factible, en donde se propone el diseño de una unidad de cuidados paliativos, que consiga conjugar los esfuerzos institucionales con el propósito de ofrecer cuidados oportunos y de calidad a quien transita el camino próximo a la muerte.

Para la identificación de la necesidad realizaron un diagnóstico situacional sobre el número de camas requeridas en esa institución para atender a los enfermos terminales que ingresan a la unidad clínica de emergencia. La segunda fase del estudio corresponde a la formulación de la propuesta, para ello tomaron como referencia lo señalado por una variada fuente documental, nacional e internacional, además de la opinión de expertos en el área de la salud y ciencias sociales. Por último, para la factibilidad, solicitaron la opinión de 10 expertos, entre los cuales se encontraban, médicos intensivistas, emergenciólogos, oncólogos y enfermeras (os) intensivistas.

Los resultados reportaron como principales motivo de consulta:

ansiedad, disnea, debilidad, poco apoyo familiar, náuseas y vómitos, dolor, entre otros. La tasa de pacientes atendidos en la emergencia en condición de No- hospitalizados fue de 12,9% y el porcentaje de pacientes de cuidados paliativos dentro de la tasa de pacientes de emergencia No hospitalizados fue de 83,7%. Con estos datos y los cálculos necesarios se determinó que se requieren 18 camas de cuidados paliativos para responder a la demanda de atención que caracteriza a esta unidad. La propuesta incluye el diseño organizativo, donde se incluye al voluntariado y a la familia, así como las características de la planta física.

El estudio de factibilidad reportó que todos los expertos consultados apoyan plenamente el diseño propuesto, sin desconocer que se requiere del compromiso administrativo, estatal y voluntad política para ejecutarlo. Las autoras señalan que dicho estudio tiene relación con la investigación, ya que la mayoría de los hospitales tipo V del país, no cuentan con una unidad de cuidados paliativos, necesaria para que el profesional de enfermería pueda proporcionar una atención y cuidados paliativos de calidad a los enfermos oncológicos.

Los antecedentes señalados resumen el resultado de algunos de los trabajos académicos realizados por investigadores a nivel internacional y nacional, en relación a la variable de estudio; los mismos pueden ser considerados como marco referencial teórico, adaptado a la realidad venezolana. Estos estudios unidos a las bases teóricas y legales que se citan sustentan la investigación. Su relación con la presente investigación, enmarcan los cuidados que brindan los profesionales de Enfermería en las unidades de cuidado paliativo y en las diferentes instituciones de salud pública, siendo el pilar fundamental en la recuperación de dichos pacientes, brindándole las atenciones especializadas al caso para mantener una calidad de vida acorde a su patología.

Bases Teóricas

Las bases teóricas que sustentan el presente estudio permiten ampliar los aspectos teóricos de la investigación, orientando hacia la localización de datos y hechos significativos que permitan la comprensión del tema en estudio.

Generalidades del Cáncer y Dolor Oncológico:

Según notas descriptivas de la Organización Mundial de la Salud N° 297, febrero 2012 define cáncer:

Es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores maligno o neoplasias. Una característica del cancer es la multiplicación rapida de células anormales que se extiende mas alla de los limites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros organos. Este proceso se denomina "metastasis" las metastasis son la principal causa de muerte por cáncer. (Pág 1).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008 7,6 millones de muertes ocurridas se atribuyen al cáncer, 70% de las defunciones en países de ingresos bajos y medianos, un 30% se pueden prevenir con un modo de vida sano, se prevee que el números de defunciones por cáncer siga aumentando en todo el mundo y supere 13,3 millones en el 2030. Según la Organización Panamericana de la Salud Febrero (2012), el cáncer representa la segunda causa de muerte en la región de las américas donde se registraron unos 2,5 millones de casos nuevos y 1,2 millones de muertes por cáncer en el 2008.

Las autoras señalan que esta enfermedad, lleva consigo una series de síntomas, entre los cuales se destaca el dolor, como el síntoma más común y

mas temido por las personas afectadas, hecho notable en los centros asistenciales de cuidados paliativos de referencia en el país.

Al respecto Vargas Grisell (1999) considera que el cáncer es un grave problema de salud mundial que afecta a millones de personas. Y la característica principal de su historia natural es la progresión espontánea, con la coexistencia de numerosos síntomas que pueden manifestarse a la vez, donde el mayor porcentaje 75% se encuentra representado por el dolor como síntoma preponderante.

El dolor es un conjunto de síntomas que incapacitan o merman la calidad de vida, por tal motivo se considera un estímulo perjudicial, que señala lesión tisular actual o inminente, constituye una experiencia compleja que afecta a las personas en su globalidad debido a la continua interacción cuerpo-mente, provoca sensaciones, sentimientos y un conjunto de características en quienes lo padecen. La Asociación Internacional del Dolor (IASP), citado por (Merskey, 1994) refiere que "El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión existente o potencial y descrita en termino de dicha lesión"(Pág.12). Esta definición es la más aceptada a escala mundial ya que integra la dimensión afectiva y emocional a la dimensión sensorial englobando los mecanismos generadores que pueden ser de origen físico o psicológico.

En este sentido, se debe acotar que el carácter subjetivo, va a depender de como el paciente percibe la experiencia dolorosa, y la intensidad, va enmarcada; en gran parte por lo que el paciente o la persona que lo sufre dice experimentar; al mismo tiempo interactuando con las respuestas biológicas a los estímulos nociceptivos. Es necesario considerar que el dolor es una experiencia de gran complejidad, subjetiva, individual e intransferible, es decir, cada persona o ser humano es distinto, siente de forma distinta, debe ser tratado de manera individual, ya que manifiestan el umbral del dolor de manera muy diferente.

La mayoría de los enfermos de cáncer pueden sufrir de dolor severo en algún momento de su enfermedad, situación observada a menudo por las autoras en las pasantías realizadas en el oncológico Padre Machado, y la intensidad del dolor tiende a incrementarse a medida que la enfermedad avanza. El dolor que afecta a estos pacientes puede ser de cualquier tipo: agudo o crónico; nociceptivo, neuropático o mixto; relacionado con el tumor, con el tratamiento, o con cambios inmunológicos secundarios a la enfermedad primaria. Además, los pacientes pueden sufrir de dolores ocasionados por factores diferentes a su enfermedad de base.

Los mecanismos fisiopatológicos que ocasionan el dolor son muy variados y es necesario tenerlos en cuenta para lograr un control adecuado del mismo y para brindarle al paciente la mejor calidad de vida posible. Para estudiar el dolor por Cáncer es necesario estudiar su fisiopatología, y el profesional de Enfermería debe estar capacitado para identificar los tipos, las características, y proporcionar cuidados para su alivio.

Fisiopatología del Dolor Oncológico

Las manifestaciones clínicas del paciente oncológico proceden de diversos orígenes, siendo importante diferenciarlos ya que el enfoque terapéutico puede variar en función de su origen. El tumor puede producir por sí mismo síntomas locales, compresivos u obstructivos. Los ejemplos habituales son: la insuficiencia hepática secundaria al hepatocarcinoma, el síndrome de vena cava superior, en el carcinoma broncopulmonar y la cefalea por tumores intracraneales.

Similares repercusiones puede derivarse de la presencia de metástasis regionales o a distancia.

TABLA Nº 1

ORIGEN DE LOS SINTOMAS EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
EFFECTO DE MASA
Por el tumor primitivo
Por Mt. Regionales o distantes.
SINDROME PARANEOPLASICOS
Endocrino-metabólicos
Autoinmunológicos
Por citoquinas o factores de crecimiento
Causa desconocida
TOXICIDAD DEL TRATAMIENTO
Quimioterapia
Radioterapia
Modificadores de la respuesta biológica
Corticoides
TRASTORNOS PSICOSOCIALES

Fuente: Vargas Schaffer (1999)

La importancia de los síndromes paraneoplásicos es múltiple: Ocasionalmente constituyen la manifestación clínica inicial o predominante. Las sustancias producidas pueden estimular el crecimiento del tumor o de sus metástasis.

Algunos síndromes paraneoplásicos son marcadores de la presencia de cáncer y sirven para la monitorización terapéutica y seguimiento. Por último, su identificación puede permitir nuevas formas de tratamiento oncológico dirigido a la población celular de origen.

Entre los problemas más complejos que presentan los pacientes oncológicos se encuentran los trastornos psicosociales. La palabra cáncer se asocia invariablemente a muerte y sufrimiento, lo cual origina diversas

reacciones emocionales. La terapéutica debe basarse entonces en medidas de soporte psicológico al paciente y a su familia. La presencia de un dolor en el paciente oncológico se encuentra asociado con múltiples factores, tales como: la falta de esperanza y el temor a la muerte, lo cual hace que el sufrimiento de éstos pacientes sea global. Por tanto para abarcar todos éstos aspectos se maneja el concepto de “dolor total”, concepto que engloba los aspectos físicos, fisiopatológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

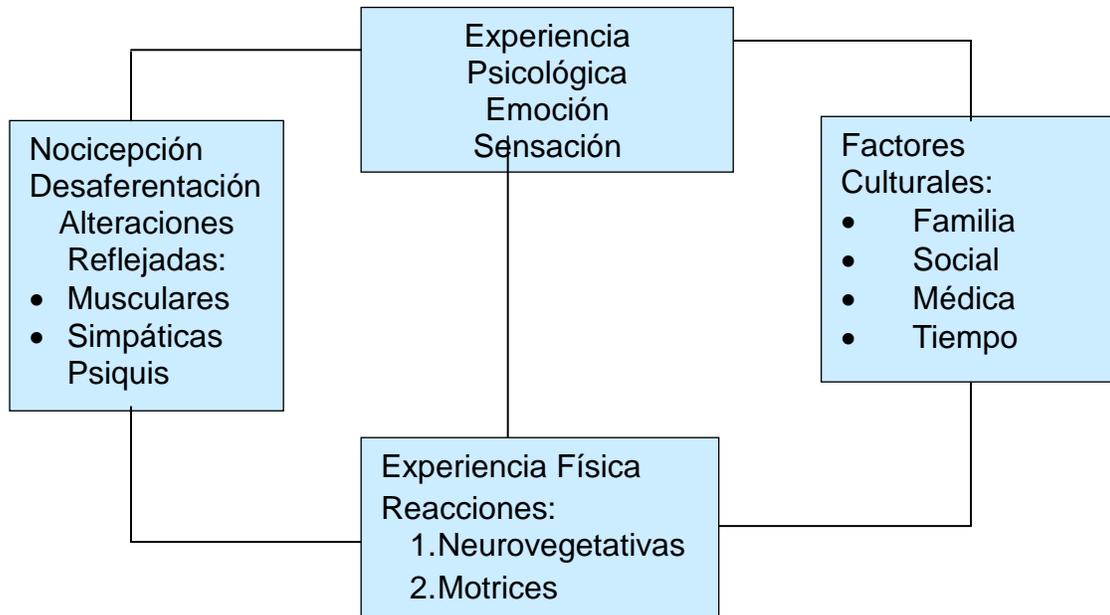
Al respecto cabe citar a Loeser (1980), quien define varios niveles en la experiencia del dolor;

En primer lugar se debe producir la nocicepción, que al ser percibida por la persona en forma consciente se denomina propiamente dolor. Una vez percibido el dolor, se genera una respuesta afectiva que integra las experiencias previas. El matriz afectivo varía de acuerdo a las circunstancias actuales y anteriores, y la significación del dolor para la persona. Cuando el matriz afectivo es de carácter negativo se denomina sufrimiento. Finalmente la experiencia sensorial o emocional no placentera, produce una respuesta global del individuo que se describe como conducta dolorosa, y que representa en realidad el único índice clínico observable de dolor. (Pág. 32).

Los factores psicológicos, emocionales y psicosociales, forman parte de las dimensiones del dolor que son vitales para su oportuno y efectivo tratamiento, evitando de esta manera el deterioro del paciente y animándole a cumplir el tratamiento indicado para disminuir en forma eficaz el dolor, donde ambos factores sensorial y emocional, están estrechamente vinculados y no se puede desligar el uno del otro.

Considerando lo expuesto se puede decir que los factores psicosociales, tienen mayor relevancia en la conducta dolorosa, es decir, estos factores, son considerados mecanismos generadores del dolor, como se muestra en el siguiente algoritmo.

ALGORITMO Nº 1 DOLOR MECANISMOS INFLUENCIAS GENERADORES



Fuente: Vargas Schaffer (1999)

Dolor Oncológico: Vargas (1999) lo define “como episodios de dolor agudo en un marco de dolor crónico de fondo con la existencia de dolores breves producidos por maniobras médicas con finalidades diagnósticas o de tratamiento”. (Pág. 13). Donde se puede presentar dolores nociceptivos, neuropáticos y mixtos.

De acuerdo a esto, se puede observar que reúne las características del dolor crónico y del dolor agudo, donde la prevalencia del dolor en el tiempo, la intensidad, van deteriorando progresivamente, el estado de salud del paciente, esto aunado a los factores incapacitantes que, desproporcionan al paciente de sus actividades de la vida diaria, ciertamente en cualquier etapa de la enfermedad el usuario, puede experimentar una experiencia dolorosa, pero en el enfermo terminal, puede llegar a ser el centro de sus últimos días, disminuyendo, la calidad de vida.

Al respecto las Normas Programa Nacional Alivio de Dolor por Cáncer Ministerio de la Salud de Chile (2009). Afirman que el dolor por cáncer se podría definir “como un dolor agudo de larga duración, puesto que existe una preponderante presencia de dolor de origen orgánico, pero a diferencia del agudo se caracteriza por el proceso de duelo, ante la inminencia de la muerte”.(Pág. 30).

De allí que para el alivio del dolor oncológico, el profesional de enfermería, requiere un cúmulo de conocimientos para la valoración, incluidas en ella, formas de explorar los tipos y localización del dolor, factores que lo empeoran o mejoran, conocer los componente fisiopatológicos y emocionales; para una mayor comprensión, y así poder detectar síntomas asociados para brindar cuidados como una buena valoración, aplicación del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Según las Normas Programa Nacional Alivio de Dolor por Cáncer Ministerio de la Salud de Chile (2009).

En el **dolor agudo**, la característica preponderante es el estímulo sensorial (nocicepcion). El cuerpo responde en forma automática con reflejos somáticos (contractura muscular) y reflejos neurovegetativos (taquicardia, sudoración, otros). La conducta motora induce inmovilidad dependiendo de la intensidad del dolor, y el componente afectivo es la ansiedad. (Pág. 29).

Se debe apuntar que este es de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad, de leve a grave, y una duración menor a 6 meses. El profesional de enfermería conoce el historial del paciente con diagnóstico de cáncer desde el inicio de la enfermedad, ya que desde el momento de su diagnóstico es el profesional que le va, a proporcionar cuidados continuos, esto le permite establecer juicios clínicos y claves acerca del dolor y las respuestas de la experiencia dolorosa del paciente.

Según las Normas Programa Nacional Alivio de Dolor por Cáncer Ministerio de la Salud de Chile (2009).

En el **dolor crónico**, la característica patognomónica no es solo el tiempo de duración, sino la presencia de alteraciones en la calidad de vida, psicológicas, afectiva, familiar, socio-laboral, económica (impotencia, desesperanza) que condicionan y perpetúan la conducta dolorosa. (Pág. 29).

Este es de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente, sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.

El enfermo terminal experimenta este tipo de dolor y el profesional de enfermería debe proporcionar cuidados paliativos eficaces, siendo sumamente difícil, porque cada individuo tiene respuestas diferente a los cuidados, de igual forma debe existir una relación de ayuda enfermera, paciente, familiares y resto del equipo de la salud para evitar que la cronicidad destruya el bienestar del paciente y la calidad de vida de este. Es importante destacar que la enfermera (o), está en condición de proporcionar cuidados de calidad con un enfoque holístico.

Fisiopatológicamente los diferentes tipos de dolor que pueden estar presente en un paciente oncológico son: Dolor Nociceptivo, Dolor Neuropático, Dolor Simpático, Dolor Mixto.

Dolor Nociceptivo: Según (Merskey, 1994) citado por Vargas (1999) “es el dolor producido por una estimulación excesiva sobre los nociceptores periféricos, que transmiten la información nociceptiva gracias a un Sistema Nervioso intacto”. El dolor Nociceptivo o por exceso de nocicepción se puede a su vez clasificar en: somático y visceral.

El término de dolor nociceptivo ha sido introducido en el protocolo de Kyoto 2008, como el dolor que es generado por activación de los nociceptores junto a otra secuencia de terminos fisiológicos sobre nocicepción (estimulo nocivo, nociceptor, neurona nociceptiva, nocicepción, estimulo nociceptivo, sensibilización periférica y central). Se hace hincapie en diferenciar el término nocicepción (proceso neural de registro y

procesamiento del estímulo nocivo), del término dolor (experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, descrita en términos de dicho daño), ya que cada uno puede ocurrir sin el otro.

El dolor somático, según las Normas Programa Nacional Alivio de Dolor por Cáncer Ministerio de la Salud de Chile (2009).

Se genera en la activación de los receptores para el dolor (nociceptores) localizados en estructuras somáticas (piel, huesos, articulaciones, músculos y tendones), los cuales producen sensaciones de dolor bien definidas y localizadas que se describen como dolor sordo hasta punzante. (Pág 29).

Este es continuo debido a la capacidad discriminadora de estos receptores, producido por lesión de piel, pleura, peritoneo, músculo, periostio o hueso. Localizado en el lugar lesionado, que se controla habitualmente con AINE y opioides.

El dolor visceral, según las Normas Programa Nacional Alivio de Dolor por Cáncer Ministerio de la Salud de Chile (2009). Se presenta "como producto de la compresión, isquemia, contractura y dilatación sanguínea o de estructuras viscerales (intestinos, peritoneo, hígado, entre otros), las cuales se inervan principalmente con receptores viscerales y conectados al sistema neurovegetativo", (Pág 29), que traducen un dolor de vaga localización, asociado a respuestas autonómicas (náuseas, vómitos, sudoración). Descrito como dolor constante, presión, mal localizado e irradiado, retorcimiento y cólico. Control habitualmente adecuado con opioides (peor control en cólicos).

Dolor Neuropático: Según (Merkey, 1994) citado por Vargas (1999). "Dolor producido por una lesión primaria o una disfunción en el sistema nervioso. Se caracteriza por la presencia de alodinia, disestesia, parestesias y paroxismos de dolor agudo". (Pág. 13).

Asociación Internacional del Dolor (IASP) definió el "dolor neuropático" como dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción del

sistema nervioso; y la “neuropatía” como perturbación del funcionamiento o cambios patológicos en un nervio; si es un solo cordón, se llama mononeuropatía; si abarca varios nervios mononeuropatía múltiple; si es difusa o bilateral, polineuropatía.(Pág 35.)

Una nueva definición de dolor neuropático fue propuesta en 2008 por el grupo de Treede RD y Jensen TS y aprobada e incluida en el Protocolo de Kyoto de terminología básica de dolor de la IASP. Esta nueva definición considera al “dolor neuropático” como dolor que se presenta como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial; pudiendo ser la afectación al sistema somatosensorial periférico (dolor neuropático periférico) o al central (dolor neuropático central). Esta definición revisada, se encuentra dentro de la nosología de enfermedades neurológicas, y la referencia al sistema somatosensorial deriva de un amplio rango de condiciones de dolor neuropático que van desde las neuropatías dolorosas hasta el dolor neuropático central tras enfermedad cerebrovascular.

En esta definición la palabra enfermedad reemplaza a disfunción, con la intención de referirse a procesos patológicos específicos, como por ejemplo, inflamación, condiciones autoinmunes o canalopatías; mientras que la palabra lesión, se refiere a un daño micro macroscópicamente identificable. En este caso el dolor deja de ser una señal fisiológica asociada a la búsqueda de protección, perdiendo su condición adaptativa, para convertirse en un estado patológico, que involucra una serie de elementos que facilitan su generación y persistencia en el tiempo.

Dolor Simpático: Según Vargas (1999) tipo de dolor neuropático donde se observan varios signos: “cambios de temperatura y coloración, repentinos y sin asociación con fiebre, que pueden ser localizados en la región dolorosa, en un miembro o en varias regiones simultáneas; de aparición espontáneos o desencadenados por crisis dolorosas”. (Pág. 14).

Dolor Mixto: Refiere Vargas (1999) que se describe al dolor donde existe la asociación de un dolor nociceptico y neuropático. “Es el más frecuente en el paciente oncológico. Todos estos tipos de dolor pueden estar presentes de manera individual o todos interrelacionados a la vez, conformando un verdadero síndrome”. (Pág. 14).

Las autoras señalan que es de suma importancia conocer el tipo de dolor presente, en el paciente y su localización para poder planificar acciones significativas, en función de aliviar el mismo, siempre conservando el enfoque biopsicosocial, tomando en cuenta que la mayoría de los pacientes con dolor por cáncer, presentan la enfermedad en una fase avanzada y la única posibilidad de tratamiento para ellos es el alivio del dolor y cuidados paliativos.

Las causas de dolor oncológico son múltiples pero su incidencia depende de: el tipo patología oncológica y del estadio de la misma, la evolución loco regional del tumor, intervenciones quirúrgicas, técnica diagnósticas y terapéuticas invasivas, toxicidad de la quimioterapia y radioterapia, secuelas de tratamientos, infecciones intercurrentes, dolores asociados a la disminución de actividad física, dolores crónicos no malignos intercurrentes con la patología oncológica.

Es importante el conocimiento de estos múltiples factores, para una distinción terapéutica, y así proporcionar cuidados de calidad para un adecuado control del dolor.

TABLA Nº 2: Los dolores relacionados con la patología oncológica son multi-causales como se evidencia en la Tabla Nº 2.

DOLORES PRESENTES EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
<p>CONSECUENCIA DIRECTA DEL TUMOR: Infiltración Tumoral Ósea Infiltración Tumoral Nerviosa Infiltración y/o Obstrucción de Vísceras Infiltración de Vasos Sanguíneos y/o Linfáticos</p> <p>CONSECUENCIA INDIRECTA DEL TUMOR: INMUNOSUPRESIÓN; Neuritis Post-Herpética, Infecciones Intercurrentes Desequilibrio Metabólicos</p> <p>CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO: Quirúrgico Radioterapéutico Quimioterapéutico</p> <p>DOLORES BENIGNOS CRONICOS ASOCIADOS: Artritis y Osteoartritis Osteoporosis Síndrome Fibromiálgicos y Miofasciales Discopatías Vertebrales Neuropatías diabéticas</p>

Fuente: Vargas – Schaffer (1999).

TABLA Nº 3: Los síndromes dolorosos específicos y más frecuentes se pueden observar esquemáticamente en la Tabla Nº 3.

SINDROME DOLOROSOS ONCOLOGICOS
<p>INFILTRACIÓN TUMORAL OSEA Síndrome de Base de Cráneo Síndrome de Cuerpo Vertebral Infiltración Ósea Pélvica Infiltración a Huesos Largos</p> <p>INFILTRACIÓN TUMORAL A ESTRUCTURAS NERVIOSAS Neuropatía Periférica Plexopatía: Branquial, Lumbar y Sacra Epiduritis</p> <p>INFILTRACIÓN TUMORAL A OTRAS ESTRUCTURAS Infiltración y oclusión de vasos sanguíneos Infiltración y obstrucción de vísceras.</p>

Fuente: Vargas – Schaffer (1999).

Dolor relacionado con Infiltración Tumoral Ósea: Las lesiones óseas primarias o secundarias constituyen una de las primeras causas de dolor en el paciente oncológico. En el plano clínico los dolores óseos están caracterizados por producir dolores profundos, de carácter permanente y generalmente bien localizados. Su intensidad aumenta a la movilización y en la noche.

Estos dolores óseos son capaces de generar contracturas musculares adyacentes que son dolorosas. Los dolores producidos por metástasis óseas de la base del cráneo presentan la particularidad de iniciarse varias semanas antes de la aparición de los signos neurológicos, por lo tanto su diagnóstico es difícil. Su expresión será de manera diferente según su localización anatómica, lo que explica el polimorfismo de los cuadros clínicos.

Las lesiones en región pélvica están representadas por las metástasis al nivel de los huesos de la pelvis y del sacro: caracterizadas por dolores en bloque de toda la cintura pélvica, generalmente asociado con alteraciones de la sensibilidad a nivel del periné así como también pueden estar presentes alteraciones vesicales e intestinales. Las lesiones producidas por metástasis de huesos largos o metástasis múltiple se caracterizan por: dolores profundos de fuerte intensidad y alteraciones de las articulaciones próximas con posiciones antálgicas.

Dolor relacionado con Infiltración Tumoral a Estructuras Nerviosas: La infiltración tumoral nerviosa así como las compresiones nerviosas producen dolores neuropáticos con alteraciones motoras o sensitivas del territorio correspondiente al nervio o plexo afectado. El dolor neuropático puede estar asociado a un dolor nociceptivo, pudiendo observarse manifestaciones simpáticas.

Dolor relacionado con infiltración tumoral a otras estructuras: La infiltración y oclusión de vasos sanguíneos por las células tumorales es responsable de linfangitis perivasculares y de vasoespasmo que producen

dolores difusos de intensidad progresiva, de carácter quemante, con parestesias pero sin representación radicular ni metamérica.

Por otra parte la oclusión parcial o completa produce un éxtasis venoso e isquemia. Este éxtasis venoso es el responsable de la aparición de edema, el cual va a producir una distensión de la fascia y serosas, estimulando de ésta manera otros nociceptores, presión, aumento y mantenimiento el dolor inicial.

La infiltración tumoral puede también provocar una obstrucción visceral, por ejemplo, intestino, vías biliares, hígado, riñón, útero y vejiga urinaria. Una obstrucción de cualquiera de estas vísceras genera una estimulación constante de nociceptores de presión y una contracción importante de la musculatura lisa lo cual se va a traducir como un dolor visceral difuso, mal localizado, con la presencia de dolores referidos a dermatomas cutáneos a distancia de la zona de la lesión. Si las contracciones musculares son muy intensas éstas van a producir como consecuencia una isquemia tisular y por tanto un aumento del dolor.

Si la infiltración tumoral se produce en una víscera no hueca como por ejemplo el hígado. El bazo o riñones, la distensión capsular producida por la infiltración tumoral va a producir dolor visceral, el cual es de moderada a fuerte intensidad.

La infiltración tumoral del parénquima pancreático va a producir la liberación de enzimas pancreáticas capaces de autodigerir la glándula y de producir mecanismos periféricos liberadores de sustancias algógenas que van a estimular y sensibilizar nuevos nociceptores los cuales van a mantener el dolor.

Por todo lo expuesto se puede concluir que el dolor producido por procesos inflamatorios tumorales, puede generar diversos tipos de dolor, con diferentes características y diferentes localizaciones representando verdaderos síndromes dolorosos.

Dolores relacionados con el tratamiento anti – neoplásico: El paciente oncológico padece de ciertos dolores secundarios al tratamiento anti-neoplásico curativo en sus inicios y que luego, en fase avanzada de su patología es un tratamiento solo paliativo. Este tratamiento antineoplásico puede producir dolores adicionales a los propios del cáncer. Estos dolores pueden apreciarse en la Tabla Nº 4.

TABLA Nº 4

DOLORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO ANTI-NEOPLASICO
DOLORES POST-QUIMIOTERAPIA
Neuropatías periféricas
Mucositis
Neuropatías herpéticas y post-herpéticas
DOLORES POST-RADIOTERAPIA
Radiculopatías
Flexitis
Osteoradionecrosis
Tumores radio inducidos
DOLORES POST-QUIRURGICOS
Dolores Cicatriciales
Dolores Post-toracotomía
Dolores post-mastectomía
Dolores post-nefrectomía
Dolores de ampliación, de muñón y de miembros fantasma
DOLORES POR MEDICAMENTOS (ESTEROIDES)
Fracturas espontáneas
Osteonecrosis aséptica
Pseudo reumatismo

Fuente: Vargas – Schaffer (1999)

Dolores Post-Quimioterapia: Según, (Gren 1997, StJernsward 1985),

Las neuropatías periféricas son secundarias a un tratamiento con vincristina y cisplatino. Es una polineuropatía. Esta neuropatía tiene una relación directa con la dosis de quimioterapia. Es un dolor producido por una perturbación del transporte axonal de las fibras C periféricas, transmisoras de dolor.

La polineuropatía post-quimioterapia es simétrica, generalmente localizada en manos y pies. Se describen por los pacientes como quemadura de muy fuerte intensidad, asociada frecuentemente con parestesias. Al examen físico se encuentra alodinia e hiperestésias.

Dolores articulares o dolores de tipo claudicación pueden también aparecer luego de una dosis importante de vincristina.

El cisplatino produce una neuropatía sensitiva con pocas alteraciones motoras, mientras que la vincristina produce alteraciones sensitivo-motoras. Siendo la alteración motora más frecuente la que ataca los músculos extensores de los dedos y mano, así como grupos musculares distales de miembros inferiores.

El elemento clave en el diagnóstico de una neuropatía post-quimioterapia es la relación existente entre el inicio de la sintomatología y el inicio de la quimioterapia, así como la disminución de la intensidad de los síntomas varios días después de finalizado el tratamiento.

Dolores Post-Radioterapia: La radioterapia puede producir dolores agudos y crónicos, cuya fisiopatología se puede explicar por la presencia de un proceso inflamatorio, fibrosis, isquemia tisular y necrosis. La presencia de estos síndromes dolorosos post-radioterapia, tiende a disminuir en frecuencia debido a las nuevas técnicas de dosimetría.

Neuropatía Post-Radioterapia: Estas neuropatías se pueden presentar bajo tres entidades clínicas: **Neuropatía Transitoria:** Aparece en los primeros cuatro meses posteriores a una irradiación. La más frecuente es pulmonar y cervical. Pueden ser involucradas después de 2 a 36 meses.

Neuropatía Evolutiva: Aparece en los 5 a 13 meses posteriores a una irradiación suministrada en la región del cráneo, cuello, mediastino, región axilar o clavicular. Esta forma de neuropatía es crónica, caracterizada clínicamente por un dolor intenso bien localizado de carácter neuropático.

Neuropatía Tardía: Aparece entre 1 a 10 años posteriores a la radioterapia. Se manifiesta de forma progresiva y está localizada en el territorio irradiado o en la periferia del mismo. Clínicamente está caracterizada por un dolor intenso, neuropático. Ocurre en un 10% de los pacientes irradiados y no se encuentra en relación con la progresión de la enfermedad oncológica.

Plexitis Post-Radioterapia: Son plexitis secundaria a una irradiación torácica o pélvica. Pueden aparecer 6 meses a 20 años posteriores a una irradiación.

Son muchos más frecuentes las lesiones de plexo braquial, donde se debe plantear como diagnóstico diferencial una infiltración tumoral del mismo.

Dolores Relacionados con el uso de Esteroides: Los esteroides son parte del arsenal terapéutico anticanceroso. La duración de tratamiento con esteroides es generalmente de varios meses, por tanto las complicaciones que se observan más frecuentes son: osteonecrosis aséptica, fracturas espontáneas, pseudoeumatismo.

La osteonecrosis aséptica puede aparecer luego de un tratamiento intermitente o continuo. Generalmente los huesos implicados son: el fémur o el húmero. Clínicamente se caracteriza por un dolor constante, profundo, generalmente bilateral que aumenta con la movilización y se calma con el reposo.

Las fracturas espontáneas están asociadas a la osteoporosis producida por los esteroides siendo una entidad clínica que aparece posterior a las 6 semanas luego de iniciado el tratamiento con esteroides.

El pseudoreumatismo está caracterizado por mialgias y artralgias generalizadas. Aparece durante la disminución de dosis de esteroides.

En resumen el dolor en el paciente oncológico se presenta bajo múltiples formas, por tanto se debe realizar un análisis metódico de cada

síndrome doloroso, lo cual es primordial para realizar un adecuado diagnóstico algológico y poder establecer de ésta manera etiología fisiopatológica definiendo una estrategia terapéutica adecuada a cada paciente en particular.

En la Tabla Nº 5, se observa una clasificación de pacientes con dolor oncológico, que permite realizar subgrupos para un mejor esquema terapéutico, dicha clasificación fue propuesta por el Memorial Cancer Center de New-York. Citada por Vargas (1999).

Tabla Nº 5

CLASIFICACIÓN DE PACIENTES CON DOLOR ONCOLOGICO
PACIENTES CON DOLOR AGUDO ASOCIADO AL CANCER Relacionados con el Diagnostico del cáncer Relacionado con el Tratamiento Etiológico
PACIENTES CON DOLOR CRONICO ASOCIADO AL CANCER Relacionado con la progresión del cáncer Relacionado con el Tratamiento etiológico
PACIENTES CON DOLOR CRONICO PREEXISTENTE Y ASOCIADO AL CANCER
PACIENTES EN FASE TERMINAL CON DOLOR ASOCIADO AL CANCER

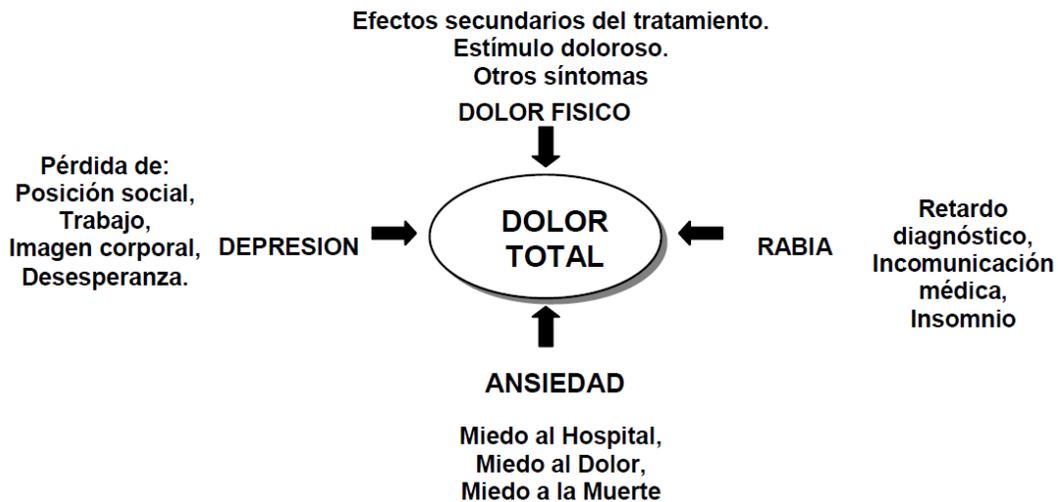
Fuente: Vargas – Schaffer (1999).

Dolor Total. El dolor tiene un gran impacto sobre la calidad de vida y un efecto devastador en el enfermo terminal. Donde su severidad persistencia y el grado de afección puede hacer que se describa como “**DOLOR TOTAL**”. Este término fue utilizado por primera vez por C. Saunders, para explicar que cuando no es aliviado es capaz de convertirse en el centro de la vida de un ser humano, porque contiene los siguientes elementos: a) físicos (daño tisular, compresión nerviosa, etc); b) emocionales (depresión, insomnio, desfiguración, enfado, fatiga crónica); c) sociales (pérdida de la posición social, problemas económicos), y d) espirituales (sensación de culpabilidad,

reproches e inseguridad ante la muerte). Es una situación en principio relacionada con el cáncer avanzado, que también existe en el SIDA y en la fase final de otras enfermedades. El concepto de dolor total se explica con el esquema de Twycross.

Fuente: Normas Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (2009).

Al respecto las autoras señalan, que el dolor total afecta la integridad del paciente, y puede ser visto como el punto de partida para un adecuado tratamiento, donde deben tomarse en cuenta factores físicos, emocionales, sociales y espirituales, intrínsecamente unidos a la experiencia dolorosa o experiencia álgica, su estudio requiere una valoración multidimensional, que empezara con una buena comunicación, o comunicación terapéutica, que permita al profesional de Enfermería; mostrar al paciente que tiene interés en captar el significado que tiene para él, la experiencia dolorosa o dolor, que puede convertirse a su vez en sufrimiento; no solo para la persona que lo padece, sino también para los cuidadores.



Concepto de "dolor total" (Saunders y simplificado de Twycross, 1990).

Este sustento se fundamenta en la teoría de Watsón, en la relación al cuidado transpersonal, donde se puede definir como la unión espiritual entre dos persona que trasciende: persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno. Esta trascendencia permite al paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro; permitiendo así describir como el profesional de enfermería va más allá de una valoración objetiva.

Aspectos Psicológicos y Sociales del Dolor

Según Esposito Giovanna (1999), refiere;

El dolor como experiencia subjetiva no puede ser compresible, ni palpable, ni objetivable, en tanto no sea mediatizada por la comunicación, es decir, hasta que no sea representada en palabras. De ahí que el diagnóstico de dolor, se basa para el clínico, profesional de Enfermería y demás miembros del equipo de salud, no solo en la presencia evidente de una lesión, sino también sobre lo que la persona describe o expresa, tanto a nivel conductual como verbal. (Pág. 32).

De acuerdo a esto es preciso hacer mención, a que la percepción que tiene el paciente del dolor y la respuesta emocional al mismo son factores críticos, para su alivio eficaz, motivo por el cual se dice que es subjetivo, tal cual como dice el paciente sentir el dolor de allí que es importante, que los profesionales de la salud no juzguen el dolor del paciente, al respecto Esposito (Op.cit) señala que:

La vinculación de la experiencia dolorosa con las emociones, conductas y cogniciones dolorosa con las emociones, conductas y cogniciones del individuo enmarcar el carácter subjetivo y complejo del dolor. Subjetivo, por cuanto no es medible, sino comunicable y observable. Comunicable por aquél que la experimenta, quien describe y compara su sensación dolorosa, y observable por el explorador, quien percibe el comportamiento y las respuestas del enfermo: gestos y quejas de dolor y sufrimiento, y la adopción de posturas antálgicas para lograr alivio. (Pág. 32).

Los avances en el estudio del dolor desde el punto de vista de sus

bases anátomo-fisiológicas, le han proporcionado el carácter objetivo que permite cada vez más una visión más certera de los parámetros más cuantificables del dolor.

El dolor es una experiencia difícil de enfrentar, de tolerar, aún más cuando se presenta en fases terminales de la enfermedad, siempre supone y causa sufrimiento, pérdida del autocontrol por parte del paciente y cuidadores, afectando su calidad de vida, inclusive en los casos donde las expectativa de vida puedan ser buena.

El sufrimiento afecta a la autoimagen del paciente, su vida y la posibilidad de opciones que se haya podido establecer en la vida. El cáncer instala en la vida de la persona un sentido de pérdida, la falta de esperanzas, quizá la más importante de estas pérdidas, exacerbando así su sufrimiento personal, la ansiedad y depresión, que se pueden traducir en irritabilidad, falta de apetito, insomnio, dificultades para concentrarse y para involucrarse de forma activa en tareas rutinarias.

En tal sentido para el profesional de enfermería, la cercanía que los pacientes con cáncer experimentan a la terminalidad de la vida, es decir a la muerte, la pérdida de independencia por el deterioro físico, la dependencia totalmente de los familiares, y del equipo de salud, van generando sentimientos de culpabilidad, hasta convertirse en una situación inaceptable para el enfermo, esto genera aumento del sufrimiento y merma la calidad de vida de las personas con este padecimiento,

Debido a la enfermedad y al dolor, la persona puede verse inevitablemente separado de sus actividades habituales, tanto su vida como la de su familia pueden verse afectadas en consecuencia, esto le genera ansiedad durante todas las fases de la enfermedad. La ansiedad ejerce un importante papel como potenciadora y facilitadora de la percepción del dolor.

De acuerdo a esto Espósito (1999), señala que

La experiencia de ansiedad acompaña al individuo con cáncer desde antes del momento del diagnóstico mismo. Es una

experiencia con la que el individuo aprende a vivir, y es innegablemente una respuesta “normal” en la medida en que el paciente conoce su enfermedad e incluso experimenta los factores en los tratamientos y las recurrencias. (Pág. 36).

Pero esta se puede agravar, si no se le presta la debida atención, el dolor físico persistente tiene también consecuencias sociales y existenciales siendo más intenso cuando no se ve su posible final. Su descontrol produce sufrimiento en el paciente y desmoraliza a la familia y a los cuidadores, que sienten que han fracasado en su atención

En el caso de la depresión, síntomas somáticos como la anorexia, el insomnio, la fatiga, pudieran ser más inespecíficos en el paciente con cáncer debido a que dicha sintomatología por lo general también puede verse asociada a los tratamientos médicos y medicamentosos, que incluyen el uso de corticoesteroides, otros agentes quimioterápicos, radiaciones, especialmente de cráneo y otras complicaciones metabólicas y endocrinas. Mientras que de forma más específica, el equipo de salud debe tomar como de valor clínico psicológico importante, síntomas como el ánimo disfórico, sentimientos de desesperanza del paciente, sentimientos de culpa, ideas suicidas y considerar en la historia clínica del paciente la presencia o no de historia familiar de depresión, o en el mismo paciente, antecedentes de estados depresivos previos, lo cual incrementa la probabilidad diagnóstica de depresión.

En tal sentido, el profesional de enfermería debe estar atento a estos síntomas; para tomar medidas que sean asertivas para el bienestar del paciente. Procurar aumentar la gama de satisfacciones personales, para ayudarlo a vivir el presente y mejorar su calidad de vida.

Se sabe que existe una serie de variables psicológicas que contribuyen a percibir la experiencia del dolor de forma diferente de unos pacientes a otros. Estas variables incluyen la propia personalidad del paciente, el sufrimiento emocional con el que afronta el problema, así como

el ambiente social que lo rodea. Todo ello conduce a situaciones de ansiedad y depresión que con frecuencia se asocian a la clínica del dolor empeorando su control si no se tienen en cuenta.

En lo relacionado con los aspectos de orden intrínseco al individuo, la experiencia de una enfermedad crónica afecta su vivencia afectiva. Se ve enfrentado a su propia fragilidad, ante la invasión de la enfermedad, al no poder reconocer su cuerpo, al no aceptarlo enfermo, diferente, cargado de una cantidad de sensaciones, no habituales e intensas, que pueden ir más allá de lo soportable.

También afecta la relación con sus familiares, quienes se ven igualmente afectados en sus roles, en sus funciones, paternas, maternales, de esposos o esposas o compañeros, de hijos, de hermanos. Afecta al funcionamiento familiar, donde se ha iniciado un duelo, donde redescubren el amor y el valor único de la vida. El paciente se siente un ser incapacitado e improductivo.

Otra dimensión afectada a menudo evidenciada por las autoras es la necesidad de un auxilio espiritual, donde buscan de Dios a través de diferentes religiones y creencias; para llenar esa desesperanza por una muerte inminente. Para el alivio de esto es necesario que exista educación sobre el significado de la muerte, que ayude a los pacientes a vivir el resto de sus días más plenamente, que no se limite sólo a lo que acontece en la última etapa sino que incluya el enseñarles a vivir más creativa y humanamente, abarcando la totalidad de la persona (enfoque holístico), con empleo de la terapia musical, biblioterapia y terapia artística, además de la terapia ocupacional.

Para conseguir una muerte con dignidad existen dos requisitos: conseguir el mayor alivio del dolor total y de los otros síntomas molestos que no puede basarse sólo en los métodos médicos, sino en una asistencia continuada de carácter afectivo y desarrollada en un medio adecuado, que

contribuya a escuchar y que controle o reduzca todos los fenómenos de aislamiento en los que van a encontrarse en este tipo de pacientes.

Cuando los síntomas son visibles, esto no mejora la situación frente a la sociedad, se plantea la interrogante de su lugar en la misma, actual y futura, busca evaluar la naturaleza y la amplitud de la diferencia que la enfermedad y el dolor instalan entre él y los otros. La dinámica de estos factores va a influenciar la forma como el individuo enfrente la experiencia de dolor, en términos del ajuste hacia ésta, es decir, la manera como el enfermo oriente sus esfuerzos y acciones a las demandas internas, ambientales, familiares y enfrenten los conflictos producto de la interacciones entre estas.

Existen frente al dolor indudablemente respuestas o sistemas de respuestas que llevan al sujeto a actuar en términos de reducir o eliminar la experiencia dolorosa y que se encuentran influenciadas por una serie de factores:

Factores culturales frente al dolor: los cuales demarcan diferencia entre las distintas sociedades, en tanto reacciones comportamentales frente al dolor. Existen ciertas culturas que muestran tolerancia extrema ante experiencias dolorosas, como los que infringen los ritos de tatuaje, por ejemplo. Mientras que el individuo occidental aparece como menos tolerante frente a situaciones incluso menos extremas de dolor.

Experiencias previas a la experiencia dolorosa: las cuales determinan de alguna manera la percepción del mismo en situaciones posteriores a las que se vea expuesto el individuo.

El significado de la situación para el individuo: la percepción del dolor como un evento temporal o finito lo hacen mejor tolerable para el sujeto, a diferencia que lo acompaña de manera crónica. Igualmente, el significado de la varía en función de lo que la experiencia aporta. El dolor del parto es olvidado, cuando la mujer recibe el neonato, por ejemplo.

La posibilidad de control del dolor: en tanto pueda ser más o menos tolerado por el individuo. Hay individuos que son capaces de responder adecuadamente ante la presencia y persistencia del dolor, otros se vuelven disfuncionales y si el dolor se prolonga en el tiempo, puede tener una repercusión negativa y significativa para el trabajo, la familia y en la comunidad y sociedad en la que se desenvuelva el sujeto.

La ansiedad: acompaña a estas experiencias en cuanto a su sentido, duración, recrudescencia y posibilidad de calmar el dolor.

La depresión: puede acompañar, en especial en individuos con dolor crónico y en niños en quienes algunos indicadores como la disminución del tono muscular, la falta de actividad o el letargo pueden verse acompañados de un estado depresivo. Algunos pacientes no aceptan tener que retornar a sus actividades habituales aun cuando los hallazgos médicos no revelen condiciones negativas en su estado. En este sentido es necesario en estos casos abordar las creencias y temores del paciente en relación con la experiencia dolorosa. Es necesario evaluar igualmente si existen desórdenes psicológicos de base que puedan estar exacerbando la problemática, como la ansiedad y depresión. No tomar en cuenta estos elementos puede llevar a facilitar la cronificación de la sintomatología del paciente.

El uso excesivo y prolongado de medicación e incluso de alcohol: es otro indicador clínico de importancia a ser considerado. Todo lo cual se toma más delicado, cuando el paciente hace uso de la automedicación.

Trastornos del sueño: que igualmente llevan al uso de medicación prescrita o automedicada de sedantes que ayuden a aliviar el dolor agudo, a relajarse o descansar. Pero se sabe que el descanso alivia levemente el dolor más no lo cura, de modo que el uso persistente y prolongado de fármacos para conciliar el sueño puede ser debida en todo caso a la presencia de conflictos o tensiones psicológicas.

La expresión del dolor por el paciente, tanto en el ámbito verbal y conductual: la queja, la ingestión de fármacos o alcohol, las reacciones del individuo, bien hacia la pasividad, o hacia la expresión explosiva o irritable, pueden convertirse en costumbres como forma de alivio temporal de la tensión emocional, como ganancia secundaria para obtener ventajas familiares, comunitaria o sociales, las cuales se verán incrementadas en su expresión en tanto sean reforzadas, llegándose a construir un estado crónico de incapacidad física y social importante que compromete incluso el tratamiento.

Reacciones fisiológicas y conductas: ocurren aun en anticipación al dolor en ausencia de la estimulación dolorosa.

Las creencias que el propio paciente pueda tener con relación a su enfermedad: las cuales no necesariamente son conscientes y muchas veces no son transmitidas o indagadas por el profesional de Enfermería a través del interrogatorio, pero que influyen sobre la manera como el paciente enfrenta el diagnóstico y el tratamiento indicado. El interrogatorio, tanto al enfermo como a sus familiares y la observación de la conducta del paciente frente al problema, sirve a efectos de conocer cuánto difieren las creencias del paciente de la realidad y de la opinión del médico y permitirán una negación acorde para formular el plan de intervención más conveniente.

El incremento o disminución de las actividades adversivas para el paciente: que hacer y que evitar, tiempo invertido en actividades sedentarias, y las reacciones del entorno frente al dolor del paciente. Es importante a este nivel determinar cómo enfrenta el paciente las presiones adversivas, si las evita o las mantiene, si las emplea de manera ventajosa, o como manera una de mantener la atención del entorno y así también, como el entorno responde ante el dolor del paciente, con atención solícita o con rechazo.

Las implicaciones económicas del dolor: en términos de presiones o dependencia, ello igualmente en función del presiones o dependencia, ello igualmente un función del beneficio o perjuicio que le pueda representar al paciente.

La relación del dolor con ciertos eventos vitales mayores, como, pérdidas importantes: de seres queridos, trabajo, rupturas, conflictos familiares, así como eventos menores, como los que tienen que ver con la rutina de los hijos, el manejo del tiempo libre.

Alteraciones psicológicas marcadas o trastornos psiquiátricos concomitantes: las cuales resultan tan frecuente en los casos de dolor crónico, como cuadros depresivos de base y trastornos de personalidad.

Estos factores pueden influir de manera que la experiencia de dolor pueda verse magnificada. La influencia negativa de los factores psicosociales en los cuadros de dolor es innegable, de ahí la importancia de detectarlos y caracterizarlos a través de los indicios clínicos, cuya evaluación multidisciplinaria resultan de gran utilidad.

Para el equipo multidisciplinario de salud la prioridad es controlar el dolor. El paciente no tiene porque experimentar un dolor innecesario que implica costos a muchos niveles tal como se ha reseñado, tanto en el plano de lo físico hipoactividad, falta de apetito, insomnio, debilidad, como en el plano psicológico por la desesperanza, por la inexorable proximidad con la muerte. Y mientras más severo el dolor y la presencia de otros síntomas ansiedad y depresión, tendrá efectos negativos en la orientación del paciente hacia las intervenciones que realice el profesional de Enfermería y demás miembros del equipo multidisciplinario.

Aliviar el dolor del paciente le permitirá, el mantenerse integrado al entorno de muchas maneras, trabajando productivamente, disfrutando de rutinas normales que pueda hacer por sí mismo, de la recreación, asumir con disfrute los roles que le corresponden en su familia, y para el paciente en

fase Terminal le permite tener cuidados paliativos de calidad y en el peor de los casos una muerte digna.

El profesional de enfermería, es quien tiene la mayor cercanía con el paciente que experimenta dolor por cáncer, presentando dificultades al momento de proporcionar cuidados de enfermería que alivie el mismo, esto se debe a su complejidad, y a la percepción del dolor “fenómeno complejo” por parte de la persona que lo experimenta y la persona que lo valora, lo trata y lo evalúa, también a creencias erróneas de que el paciente con Cáncer en etapa terminal, jamás se le aliviara el dolor.

El entrenamiento de los profesionales de Enfermería en ésta área resulta de gran importancia, especialmente cuando se hace necesario el uso de medicación no convencional.

Desde el punto de vista social, existen controles frente al manejo del dolor, y es el acceso restringido a tratamientos y a instituciones, por los costos económicos tan elevados que supone estos problemas de salud pública para las sociedades, y con ello, todos los demás problemas asociados al sistema de salud.

Métodos de Evaluación del Dolor.

El dolor es una experiencia única, y muy subjetiva, estas características hacen difícil su evaluación, sin embargo, su valoración es indispensable para un tratamiento exitoso, debe efectuarse antes de iniciarlo (valoración inicial), durante el tratamiento (valoración continua) y tras la aparición de nuevos síntomas y signos (evaluación de síndromes dolorosos comunes en los pacientes con cáncer).

Al respecto (Chapman 1990, Melzak 1994, Serrie 1994, Gracely 1981) citado por Vargas (1999), “la evaluación del dolor es una etapa fundamental para un adecuado manejo del mismo, debido a que permite estimar de una

forma más objetiva el dolor". (Pág. 47). Es de resaltar que la evaluación contribuye de manera importante en el diagnóstico y permite una orientación terapéutica adecuada, así como también constituye un pilar fundamental para determinar el resultado terapéutico del tratamiento propuesto, lo cual garantiza un adecuado seguimiento del paciente que padece de dolor.

Las autoras destacan, que lo que para el médico y otros profesionales de la salud es evaluación, para el profesional de enfermería; es valoración de enfermería, la cual consta de datos subjetivos procedentes de la persona o personas y datos objetivos procedente de las pruebas diagnósticas y otras fuente de datos; donde la valoración del individuo consta de una historia de salud (datos subjetivos) y un examen físico (datos objetivos).

En tal sentido, es necesario saber tipo de dolor, la causas del dolor, intensidad del dolor y otros síntomas, valoración multidimensional, y sobre todo las respuestas a las experiencias dolorosas del paciente, para poder proporcionar cuidados de enfermería que permitan tener intervenciones terapéuticas adecuadas para un buen control.

Según Vargas (1999), la evaluación comprende varias fases: el interrogatorio, métodos y escalas de evaluación del dolor, el examen físico. (Pág. 47). Por medio de estas fases se puede tener una idea más precisa y objetiva de un fenómeno subjetivo, difícil de cuantificar y de medirlo de manera más objetiva en la práctica clínica cotidiana.

El Interrogatorio: Comprende la investigación e historia del dolor desde su inicio, factores agravantes y atenuantes, localización, horaria del dolor y evolución del mismo, descripción personal del dolor, influencias y repercusiones del mismo en la vida cotidiana del paciente, exploraciones paraclínicas realizadas anteriormente, tratamientos recibidos, entre otros.

Métodos y Escalas de Evaluación

Comprende la utilización de los diferentes métodos de evaluación y medición del dolor tales como: escala y cuestionarios. Se podría decir es la etapa de medición propiamente dicha de la evaluación del dolor. Al respecto la NANDA International, Diagnósticos Enfermeros, las definición y clasificación (2009- 2011), hace mención de que en la enfermería los marco de la valoración necesitan ser lo suficientemente amplios para contener datos que guíen los cuidados enfermeros para la promoción, prevención primaria, secundaria, terciaria y recuperación de la salud.

Por otra parte, las autoras destacan, que es importante y necesario saber todas las formas de valorar el dolor, tomando en cuenta las experiencias previas, y alivio exitoso del dolor, y el tipo de dolor con respecto a la intensidad.

El Examen físico: Es la fase en la cual el médico y el profesional de enfermería puede corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio, cuantificados y valorados mediante la utilización de escalas de evaluación, por lo tanto el examen clínico, debe ser meticuloso, detallado y comparativo.

En oncología debe hacerse énfasis muy especialmente en el examen neurológico y músculo-esquelético. El objetivo primordial de éste examen físico es el de establecer un diagnóstico algológico para de ésta manera poder iniciar un adecuado esquema terapéutico, ya que un dolor neuropático no puede ser tratado con los mismos medicamentos indicados en un dolor nociceptico.

Los exámenes complementarios o paraclínicos: comprende los exámenes de laboratorio, exploraciones funcionales del sistema nervioso, radiologías, tomografías, resonancias magnéticas nucleares. etc.

Es importante hacer mención de que la enfermera (o) es quien asiste al llamado del paciente cuando éste presenta dolor, por lo tanto debe ser la

que valore al enfermo de manera global o Integral. Es necesario resaltar que en ocasiones los pacientes sienten la necesidad de expresar sus dolencias, de hecho escogen a su familiar y al profesional de Enfermería, por su mayor acercamiento.

Al respecto la Nanda 2009-2011, “refiere que el objetivo de enfermería es identificar las experiencias o respuestas de la persona para apoyarlas”. (Pág. 4). De igual, manera hace mención de que el proceso de diagnóstico en Enfermería, difiere del proceso de diagnóstico en medicina, “en que siempre que sea posible la persona o personas que son el foco de los cuidados enfermeros debe estar íntimamente implicado como colaboradores de las enfermeras en el proceso de valoración y diagnóstico”. (Pág. 4).

Esto se debe a que el objetivo de los cuidados de Enfermero, es que la persona alcance su bienestar o mejoría. En tal sentido el profesional enfermera es el más idóneo para valorar o evaluar el dolor oncológico, y mejorar los cuidados dirigidos para su alivio, debido a las habilidades y destreza para hacer juicio clínicos de las respuestas humanas.

Métodos de Evaluación: Las principales técnicas y métodos de los que se disponen actualmente para realizar la evaluación de un dolor, se pueden clasificar en: Escala Unidimensionales, Escala Multidimensionales y Escala Comportamentales. Las escalas de evaluación pueden ser clasificadas también en escalas de autoevaluación y escala de heteroevaluación. Comprendiendo ambas clasificaciones, de los mismos métodos y escalas.

Escala Unidimensionales: Son las escalas que permiten una estimación global, midiendo una sola dimensión del dolor, que generalmente es la intensidad del mismo. Comprende las escalas numéricas, escalas verbales, escala porcentual y la escala análoga visual.

Escala Numérica (En): Esta escala le permite al paciente cuantificar su dolor sobre una escala que puede ir de 0 a 5, de 0 a 10 o de 0 a 20. El

principio es el mismo, el de otorgar un valor al nivel de dolor que siente el paciente. Es una escala de autoevaluación. Esta escala puede también estar representada como números porcentuales, en éste caso son muchos más utilizados para evaluar el resultado del tratamiento indicado en consultas posteriores, lo cual nos brinda el porcentaje de alivio obtenido.

Escala Verbal (Ev): Comprende un grupo de escalas en donde se le propone al paciente una serie variable de calificativos, organizados en cierto orden jerárquico donde el paciente escoge aquel que corresponde mejor al estado actual del dolor en el momento preciso de la evaluación.

Algunas de estas escalas son muy poco sensibles debido a que el nombre de calificativos es muy restringido, tal es el caso de la escala que califica al dolor en: ausente, leve, mediano e importante. Otras escalas verbales ofrecen un mayor número de calificativos para escoger.

Las escalas verbales de medición del dolor ofrecen la ventaja de que son escalas simples, rápidas, y que pueden en general ser relativamente de fácil comprensión. En general son empleadas para estudiar el efecto de un analgésico o para evaluar la analgesia postoperatoria.

Tabla Nº 06 Escala Nº 1

ESCALA VERBAL SIMPLE	
<input type="checkbox"/>	Dolor Leve
<input type="checkbox"/>	Dolor Moderado
<input type="checkbox"/>	Dolor Severo

Fuente: Vargas – Schaffer (1999)

Escala Visual Análoga (Eva)

La escala visual análoga ha sido ampliamente utilizada fuera del campo de la algología para evaluar signos y síntomas médicos difíciles de

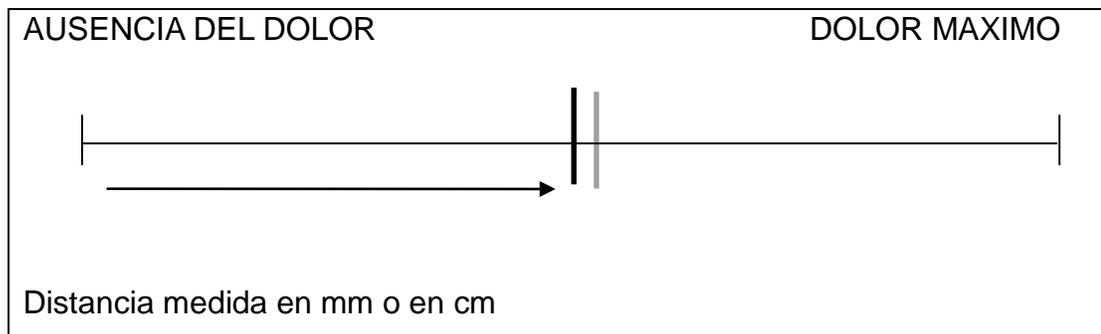
cuantificar tales como la depresión y el sueño. En algología la escala visual análoga representa el método de autoevaluación unidimensional más empleado por su fiabilidad y sensibilidad. Es utilizada ampliamente en dolor agudo, dolor postoperatorio y dolor crónico benigno y dolor en cáncer.

La escala análoga visual está representada por una línea recta de 100 mm. (10 cm.) De longitud. Dicha línea presenta dos extremos bien marcados, uno de ellos con la inscripción “ausencia de dolor” y el otro extremo “dolor máximo” o “dolor insoportable” o también podría ser “dolor máximo imaginado”. Sobre ésta línea el paciente debe marcar la posición que le parezca más similar a la intensidad del dolor sentido por éste. Esta marca correspondiente a la intensidad del dolor, es medida por el médico o personal de enfermería, tomando como punto cero el extremo calificado como “ausencia de dolor”. El paciente y la distancia medida en milímetros o centímetros, arroja un resultado numérico de la intensidad del dolor sentido por el paciente. Ver Escala N° 3.

Tabla N° 8

Escala N° 3

ESCALA ANALOGA VISUAL



Fuente: Vargas- Schaffer (1999)

Evaluaciones realizadas antes de instaurar un tratamiento analgésico y después de cumplido el mismo permiten evaluar y cuantificar el efecto terapéutico del tratamiento prescrito. Evaluaciones repetidas en el tiempo

permiten realizar una aproximación de la cinética y duración de acción de un determinado medicamento analgésico.

Existen diversos tipos de EVA que son utilizados en la práctica clínica cotidiana, existen EVAS graduadas, con calificativos a intervalos regulares. La EVA horizontal es la más utilizada por los adultos ya que la escritura en el mundo occidental se realiza de izquierda a derecha. Por el contrario la EVA vertical se utiliza más en pediatría ya que los niños razonan mejor basándose en los conceptos de grande o pequeños para cuantificar y además el sentido de horizontalidad se madura y es adquirido de manera permanente en el intervalo de edad que va a partir de los 8 a 10 años, mientras que el sentido de verticalidad ya está adquirido a partir de los 5 años de edad, por lo tanto un niño de 5 años puede utilizar una EVA vertical a partir de esta edad.

A pesar de su simplicidad existe un 7 a 20 % de pacientes que son incapaces de utilizar la EVA como escala de evaluación del dolor. La desventaja de todos los métodos unidimensionales es que valoran tan solo un único componente de la experiencia dolorosa, limitando el dolor como una experiencia unidimensional, desprovista de toda implicación afectiva, emocional y social.

Escala Multidimensionales:

El modelo de estos métodos multidimensionales es el cuestionario de dolor de McGill el cual permite una evaluación global del dolor, a la vez cuantitativa y cualitativa.

El cuestionario comprende 82 calificativos, distribuidos en 20 grupos que están clasificados en 4 categorías: Sensitivo-Discriminativa, Afectivo-Emocional, Cognitivo-Evaluativa y Misceláneos.

Tabla N° 9

CUESTIONARIO DE MgGUILL

<p>1 Fluctuante Pulsátil Vibrante Golpe Pesado</p>	<p>6 Torcedura Desgarro</p>	<p>11 Fatigante Exhausto</p>	<p>16 Fastidioso Incomodo Miserable Intenso Insoportable</p>
<p>2 Migratorio Corriente eléctrica Tirante</p>	<p>7 Caliente Ardor Quemadura Seco</p>	<p>12 Nauseas Sofocante</p>	<p>17 Extendido Irradiado Radiado Penetrante</p>
<p>3 Punzante Taladrante Perforante Puñalada Lancinante</p>	<p>8 Hormigueo Picazón Punzante Lancetazo</p>	<p>13 Espantoso Horrible Terrible</p>	<p>18 Comprensivo Entumecedor Extracción Opresivo Arrancar</p>
<p>4 Agudo Cortante Lacerante</p>	<p>9 Sordo Sensible Contusión Magulladura Incomodo Pesado</p>	<p>14 Penible Agotador Cruel Vicioso Destructor</p>	<p>19 Frió Helado Congelado</p>
<p>5 Pinchazo Presión Mordisco Calambre Triturante</p>	<p>10 Superficial Tenso Rasgante Vivo</p>	<p>15 Detestable Confuso</p>	<p>20 Triturante Agonizante Horroroso Torturante</p>

Fuentes: Melzack R. and Katz J. (1994). Traducción: Vargas-Schaffer G.

Sensitiva-discriminativa: Implica sensoriales del dolor, tales como: presión, térmicas, así como los términos de temporales y especiales (Grupo del 1 al 10).

Afectivo-emocional: Describe las reacciones neurovegetativas y los calificativos emocionales en términos de tensión. (Grupo del 11 al 15).

Cognitivo-evaluativa: Describe la parte subjetiva del dolor. (Grupo 16).

Misceláneos: (Grupo 17 al 20). Cada grupo de calificativos debe ser evaluado de 1 a 5 sobre una escala numérica simple, cuya acotación será colocada al frente del calificativo. Además en el cuestionario va insertado un esquema corporal para señalar la localización del dolor, por parte del paciente.

Escala Comportamentales: Según (Murillo 1996), citado por Vargas: son escalas que permiten evaluar las repercusiones del dolor en el campo comunicacional y social, permitiendo una evaluación más amplia. (Pág. 56). En oncología la escala comportamental de Bourhis, describe básicamente cuatro criterios: Invasión del lenguaje por quejas de dolor, reducción de actividades espontáneas, solicitud de analgésicos, consumo de analgésicos en 24 horas.

Siendo el criterio de solicitud de analgésicos el más discutido ya que un analgésico no debe de prescribirse a petición del paciente sino en función de la vida media farmacológica del mismo, y también debe tomarse en cuenta que ciertos pacientes no piden nunca un analgésico pero otros (afortunadamente una minoría) presentan cierto abuso en el consumo de los mismos.

Por otra parte debe existir un diagnóstico etiológico y fisiopatológico, lo cual es esencial en la selección de un adecuado tratamiento. Todo paciente oncológico debe recibir un manejo y tratamiento global que implique una adecuada evaluación de la calidad de vida, para tratar de mantenerla hasta los últimos momentos.

En cuanto a las escalas, estas se pueden utilizar antes y luego de su intervención, también cuando los síntomas se agravan, para detectar si el dolor ha aumentado o disminuido.

Las autoras realizan énfasis en que indiferentemente la escala seleccionada para valorar el dolor, lo fundamental es realizar una valoración

profunda tomando en cuenta, todos los aspectos fisiopatológicos, y los aspectos subjetivos. La localización también es importante, la observación de la conducta dolorosa, en ella se observan los signos que representan dolor por ejemplo dolor ejemplo de esto son: los gemidos, gestos faciales, alteraciones en el estado de ánimo y las relaciones personales. La correlación fisiológica permite la valoración a través de la medición de un proceso fisiológico, como la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal, la coloración de la piel; estos también son conducentes e importantes en la valoración del dolor.

Cuidados de Enfermería y Cuidados Paliativos.

Las autoras señalan que la enfermería es la ciencia encargada del arte del cuidado humano de la persona sana o enferma. El cuidado corresponde, al eje central para la disciplinas de enfermería, la comprensión que se tenga sobre el cuidado orientara al profesional de enfermería hacia la necesidad sentida o del potencial, por tanto, estos expresaran un claro entendimiento de la definición de enfermería y estructura del progresivo desarrollo como base fundamental en la ciencia. Se hace necesario aceptar al profesional de enfermería como parte del equipo multidisciplinario en salud que cuenta con bases y normativas, según la institución y el área laboral. Enfermería puede ejercer sus funciones asistenciales y la de gerencia del cuidado con una capacidad de actuación cuya identidad propia es en procura del bienestar del paciente.

El enfoque holístico en los cuidados resulta ser importante para ambas partes, ayudando así a la comprensión de las necesidades interferidas en los pacientes con dolor.

Definición de Cuidados: Según Potter y Perry

Los Cuidados son fenomenos universales que influye sobre la forma en que las personas piensan, se sienten y se comportan

unas con otras. En enfermería, los cuidados se han estudiado desde gran diversidad de perspectivas profesionales y éticas desde los tiempos de Florence Nightingale. (Pág. 105).

Según Torres, (1986), citado por Potter y Perry; partiendo de la definición de Cuidados de Enfermería basada en la filosofía de la ciencia de los cuidados de Watson, define que "Es un proceso interpersonal e incluye intervenciones que producen la satisfacción de las necesidades humanas"

Marriner,(2003) "Brindar cuidados significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud".

Definición de Cuidador: Florez y Col (1997), definen cuidador como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada, con cualquier tipo de capacidad, misnuvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.

Partiendo de estos preceptos, se destaca que la Enfermería, esta basada en el cuidado, donde las acciones o intervenciones van dirigidas a la satisfacción de necesidades interferidas, el profesional de enfermería es el responsable de proporcionar estos cuidados, donde el ver a la persona (as) como un ser holístico es indispensable, donde el apoyo emocional, psicológico, espiritual y social, es de suma importancia.

Las autoras hacen mención de que el amor a la profesión, amor al prójimo, son de vital importancia, para encaminar las intervenciones de Enfermería, esto junto al conocimiento y al proceso de atención de enfermería, que le proporciona el carácter científico- humanista a la profesión; por lo tanto el cuidar es dar atención al paciente en las fases de la enfermedad, partiendo de una valoración minuciosa respecto a la necesidad interferida. Se debe tener presente que el rol de enfermería implica algo más que el simple cumplimiento de las ordenes médicas, de realización de técnicas propias (curas, administración de medicamentos,...), comprende también una parte muy importante que debe desarrollar y aprender para

cuidar a un paciente terminal con dolor; la comprensión, la capacidad de escucha y el apoyo emocional y espiritual.

Teoría de Enfermería

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y suposiciones que proyectan una visión objetiva de los fenómenos. Al respecto Marriner, A y Raile, M (2003), expresan que la teoría enfermería “es la conceptualización de algunos aspectos de la enfermería, expresados con el propósito de describir, explicar, predecir y prescribir un cuidado enfermero” (Pág. 89).

La importancia de la teoría de enfermería radica en el hecho de que esta nos describe diversas perspectivas acerca de los cuidados de enfermería hacia el paciente, los cuales son propuestos por diferentes teorizantes y que permiten identificarnos con ellos para así proporcionar una mejor atención a los pacientes con cáncer que padecen dolor.

Por lo tanto la teoría que se relaciona con la presente investigación es la de Jean Watson, quien ha promovido considerablemente el desarrollo de la investigación de enfermería. A través de la teoría que se basa en la filosofía y una ciencia de asistencia. Atribuye su énfasis en las cualidades interpersonales y transpersonales en coherencia, empatía y efecto a la postura de Carl Roger (citado por Watson 1995) que describe algunos sucesos que conduce a la formulación de sus pensamientos sobre la conducta humana.

Dentro de ellos, se refiere a su conocimiento de que: “es el paciente el que sabe lo que le duele y el profesional deberá permitir que la dirección del proceso terapéutico proceda del paciente” (Pág. 150). Watson se refiere que Roger creía que a través de la comprensión el paciente llegaría a aceptarse así mismo. Lo cual es un primer paso hacia un resultado positivo, que es lo que se espera lograr en el paciente con esta patología, debido a que no es

fácil ni para él ni para los familiares, de allí radica la importancia de los cuidados del profesional de enfermería.

Según Watson, las principales hipótesis de la ciencia del cuidar incluyen: El cuidar sólo puede ser demostrado y practicado de manera eficaz mediante unas relaciones interpersonales, a su vez comprende factores de cuidados donde el resultado es la satisfacción de ciertas necesidades humanas.

Para que el cuidar sea eficaz, debe promover la salud como el crecimiento personal y familiar. Las respuestas derivadas del cuidar aceptan a la persona, no sólo tal y como es, sino también como puede llegar a ser. El cuidar facilita el desarrollo de potencialidades que permiten a la persona elegir la mejor acción en un momento determinado.

El cuidar es más propicio para la salud que el tratamiento médico. La práctica del cuidado integra conocimientos biofísicos y conocimientos del comportamiento humano para generar o promover la salud en quienes están enfermos. Así pues, una ciencia del cuidar se complementa perfectamente con una ciencia de curación.

Asimismo, Watson basa su teoría sobre el ejercicio profesional de enfermería en 10 elementos asistenciales, pero para el desarrollo de la presente investigación se tomaran en cuenta tres (3) elementos mencionados a continuación:

Promoción de la enseñanza- aprendizaje interpersonal. Este factores un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia este la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.

Asistencia con satisfacción de las necesidades humana. La enfermera debe reconocer la influencia biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que las actividad/inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas asimismo de orden inferior.

Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La fenomenológica describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson considera que este elemento es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de la persona misma y de los demás. Watson considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de ir más allá de estos elementos asistenciales y de facilitar el desarrollo de los pacientes en el ámbito de la promoción de la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando a los pacientes los cambios personales que han de realizar para promocionar su salud, respaldando su situación, enseñándoles métodos de resolución de problemas e identificado la capacidad de afrontamiento y la adaptación a los pérdidas.

Esta teoría es la que más fundamenta la investigación, ya que Watson toma en cuenta la dimensión espiritual y social como parte del cuidado; que son fundamental en las personas que experimenta dolor, que de no ser tratado en todas sus dimensiones se transforma en sufrimiento; ello basado en el cuidado interpersonal, lo cual constituye un concepto importante de la enfermería ya que separa la asistencia de la curación, permitiendo así informar al paciente y derivarle responsabilidades en el proceso de cuidado, refiriéndose así al cuidado paliativo en el enfermo.

Cuidados Paliativos

Los Cuidados Paliativos se ocupan de la asistencia de personas con enfermedad en etapa incurable y terminal, a fin de garantizar la máxima calidad de vida posible al enfermo y su grupo familiar. La Organización Mundial de la Salud, en su reporte técnico serie 804, Ginebra, 1990 define:

“El Cuidado Paliativo es la asistencia activa y total, de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo”.

El área asistencial de los Cuidados Paliativos incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades metabólicas, genéticas, etc., potencialmente letales a corto o mediano plazo, que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa.

De acuerdo a esto, es necesario resaltar que una formación general en cuidados paliativos es de suma importancia, ya que se debe enfrentar al proceso de que no todo los pacientes se van a curar, y gran número de ellos morirán a corto o a largo plazo, esto implica cambiar la actitud hacia una actitud paliativa, ante cualquier situación tendrá que valorarse el estado general del paciente, el pronóstico y su calidad de vida, ya que la meta cuando no se puede curar, será la de cuidar. Al igual que para los miembros del equipo de salud, la madurez profesional y personal, la habilidad en detectar necesidades, junto con la capacidad de obtener una visión integral de la situación, son aspectos aún más importantes y relevantes de los profesionales de enfermería en cuidados paliativos.

En tal sentido el alivio del dolor, es primordial y un derecho de todo los pacientes con cáncer, y proporcionar cuidados encaminados para aliviarlo, debe considerarse como parte de un plan de tratamiento, que tenga

en cuenta los aspectos, físicos, psicológicos y sociales, donde el profesional de enfermería al experimentar mayor cercanía desde el inicio y diagnóstico de la enfermedad, es pilar fundamental para el éxito del tratamiento.

González Barón y Colb (2002), definen la enfermedad terminal como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en un breve plazo: dado que la situación del enfermo terminal viene producida o acompañada de una serie de síntomas que pueden producirse por distintas etiologías, pensamos que es más correcto referirnos al “Síndrome de Enfermedad Terminal”.

Sus criterios diagnósticos incluyen: Enfermedad causal de evolución progresiva, Estado general grave (inferior al 40% en la escala de Karnofsky), Pronóstico de supervivencia inferior a un mes, insuficiencia de órgano, ineficacia comprobada de los tratamientos, ausencia de tratamientos alternativos útiles, complicación irreversible final.

Objetivos Generales de Los Cuidados Paliativos

(a) Detección y evaluación de las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales de las personas con enfermedad avanzada, progresiva a pesar de los tratamientos instituidos, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo.

(b) Promoción e implementación de estrategias interdisciplinarias de cuidado del paciente y su familia destinados a proporcionar bienestar y calidad de vida hasta el final de la vida.

(c) Establecimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos destinados a brindar alivio del dolor y/o cualquier otro síntoma que produzca sufrimiento al paciente.

(d) Implementación de planes para el adecuado acompañamiento y apoyo emocional del paciente y su familia, durante el curso de la etapa paliativa de la enfermedad.

(e) Disponibilidad de ámbitos o sistemas de soporte para brindar seguimiento de duelo a la familia y/o entorno significativo que lo requiera luego de la muerte del paciente.

(f) Promoción de sistemas de detección y prevención de secuelas en la familia y/o en el entorno significativo.

(g) Organización y ejecución de medidas de prevención de síntomas de agotamiento en los cuidadores profesionales o no profesionales.

(h) Promoción de conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y familia.

(i) Organización de estrategias de tratamiento para los equipos asistenciales ante la presencia de síntomas de agotamiento en sus miembros.

(j) Optimización en la dispensación de estupefacientes y su seguridad tanto en farmacias oficinales como institucionales.

(k) Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento farmacológico.

Según (Twycross), citado por las Normas programa nacional alivio para el dolor y cuidados paliativos de Chile (2009) "El alivio de los síntomas, el apoyo psicosocial y el trabajo en equipo se han considerado tradicionalmente como los tres componentes esenciales de los cuidados paliativos" (Pág 16).

La enfermera desempeña un papel sumamente importante en el tratamiento paliativo, con responsabilidades especiales, en el suministro de información, asesoramiento y educación del paciente y su familia, y en establecer la continuidad del tratamiento entre el hospital y el hogar. Debido a la proximidad de la enfermera con el enfermo, ella ocupa un lugar ideal para evaluar, controlar el dolor y vigilar los síntomas. Para asegurar que las medidas de control sean las más eficaces posibles, la enfermera debe tener la potestad de ajustar las dosis de los medicamentos bajos ciertos

parámetros establecidos de antemano, con el fin de atender las necesidades del enfermo en un determinado momento.

Organización del tratamiento Paliativo.

El programa de cuidados paliativos completo incluye los siguientes componentes:

a) Tratamiento en el hogar. La atención médica tradicional y su financiamiento se basan en modelos institucionales, en tanto que el tratamiento paliativo en el hogar es el principal escenario del tratamiento. Las instituciones son consideradas recursos de apoyos en lugar de componentes básicos del programa.

b) Servicio de consulta. El profesional de la salud con adiestramiento en tratamiento paliativo presta servicio de consulta para pacientes en los hospitales y en la comunidad. Mediante este sistema se ofrecen oportunidades educacionales para otros profesionales de la atención sanitaria.

c) Atención durante el día. Los enfermos que viven solos o que no pueden manejarse fuera del hogar sin ayuda, pueden beneficiarse asistiendo a un centro diurno de cuidados paliativos dos o tres veces por semana. Además la atención durante el día puede contribuir en forma importante a aliviar la carga que significa la atención hogareña para la familia del enfermo.

d) Atención del paciente hospitalizado. La atención del paciente hospitalizado se concentra en el control del dolor y de otras aflicciones físicas y psicosociales.

e) Asistencia durante el periodo de duelo. Algunas personas necesitan un apoyo adicional para sobrellevar el período de duelo, lo cual puede lograrse mediante la ayuda prestada por un profesional de la salud o por

voluntarios.

Es de destacar que la enfermería paliativa no se busca el alivio de uno o más síntomas aislados, busca cuidar a la persona, armonizando el sentido de bienestar holístico y el control, sino completo, al menos parcial de sus molestias actuales.

Cuidados de Enfermería en el Paciente con Dolor.

(a) Valorar el dolor del paciente: ¿ Dónde le duele?, ¿Desde cuándo?, ¿Cómo es ese dolor?. Verificar con el enfermo: Localización, Intensidad, Calidad (opresivo,quemazón, púnzada, como descarga eléctrica, fijo y continuo.), Inicio y Duración. Los efectos que ese dolor tiene sobre el confort y la calidad de vida del paciente: Insomnio, irritabilidad, disminución de la actividad física, alteración de sus relaciones con la familia, entre otros.

(b) No juzgar el dolor que el paciente dice tener. McCaffery define el dolor de la siguiente forma, “ dolor es lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser”.

Dado que es una experiencia tan subjetiva, debemos creer al enfermo, evitando frases como: “ Aguanta muy poco”, “ Se queja demasiado”, “

Es posible que le duela porque.”, “ La culpa es suya por ”, “ Es que esta muy nervioso”, “ La situación no esta tan mala como usted piensa”, “ Esperese tengo algo más importante que hacer”.

(c) Administrar el Análgico prescrito por el médico, para controlar determinado tipo de dolor (son tratamientos individualizados). Lo más idóneo es anticiparse a la aparición del dolor, administrando los análgicos prescritos a horas fijas, “de reloj”, según la vida media del analgésico en cuestión. Nunca prescribir los calmantes a demanda.

Ante la aparición imprevista de un episodio dolorosa entre una dosis y otra, se deberían administrar dosis extras”, que se ajustan y valoran dentro de los límites previamente establecidos por el médico, en función de las

necesidades del enfermo (por ejemplo dosis extras de 20-40 mg de morfina sin dolor).

Reafirmar la confianza del paciente sobre la acción teórica del fármaco asegurando que el dolor cederá y que si no se aliviara del todo, puede avisar de nuevo para pedir una nueva dosis u otro medicamento alternativo.

No usar placebos, Reducir el estímulo doloroso haciendo que el enfermo adopte las posiciones adecuadas, Alterar la percepción del dolor, Adoptar medidas complementarias, Establecer una comunicación adecuada con el paciente, con la familia y con el resto del equipo de salud, Monitorizar la respuesta del paciente, Evaluar: Documentar y registrar la evolución del paciente.

Es un buen momento para verificar que el paciente toma la medicación correctamente, por ejemplo, si traga los comprimidos del sulfato de morfina enteros, sin aplastar o partir; o de comprobar si las palomillas o agujas tipo mariposa que emplean para la administración subcutánea de medicación están en buen estado, no dificultando la correcta absorción del medicamento.

Valorar las dosificaciones y combinaciones de fármacos que toma el paciente: Opiáceos, no opiáceos, antiinflamatorios, tranquilizantes, sedantes, para informar al médico en caso de problemas de interacciones.

Insistir al enfermo que ante un nuevo episodio doloroso debe avisar cuanto antes, ya que la medicación es más efectiva si se administra pronto en el ciclo del dolor.

(d) Los analgésicos poseen efectos secundarios: Si estos casos son muy intensos podría limitarse su uso; en otros casos, sin embargo, esos efectos pueden controlarse con medidas más o menos sencillas. Las enfermeras deben reconocer esos problemas si aparecen y reforzar la información que el médico hubiera ofrecido al paciente, siempre de forma clara y comprensible.

(e) No usar placebos.

En tal sentido refieren (Goodwin y Cols., 1979; McCaffery, 1979). “La única conclusión exacta respecto a la persona que reacciona positivamente ante un placebo es que desea muy intensamente el alivio del dolor y que confía en que algo o alguien le ayude a obtenerlo”

Visto así, las autoras refieren que su uso resulta poco ético y abre las puertas de la desconfianza, pues implica que enfermería ha de mentir al paciente sobre la medicación que le administra, rompiendo la alianza que estableció con el enfermo para luchar contra el dolor y reflejando muy poco respeto por el paciente como individuo.

(f) Reducir el estímulo doloroso siempre que se pueda: Evitar el movimiento innecesario, hacer que el enfermo adopte las posiciones más adecuadas para evitar el dolor y ayudar a colocarle cómodamente, sin tensiones musculares.

(g) Alterar la percepción del dolor: Intentando reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso: Ansiedad, insomnio, miedo, tristeza, cansancio, depresión, abandono, social, introversión.

Utilizar el entorno en la terapia. Proporcionar una atmósfera adecuada, prestando atención a los detalles: luz, temperatura, olores, música, colores, fotografías, pósters, plantas. Estas pequeñas cosas pueden hacer que el paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción dolorosa que experimenta.

Animarle a combatir el aburrimiento, utilizando los métodos de distracción que el paciente prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades actuales: ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, pasear, entre otros. Estos métodos nunca serán por sí solos una alternativa a la medicación.

(h) Adoptar medidas complementarias para tratar el dolor si se estima oportuno, tales como: estimulación cutánea: el calor, el frío, el masaje y la

estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET), son todas ellas formas de estimulación de la piel con objeto de disminuir el dolor.

- Técnicas; cognitivo-conductuales: relajación, hipnosis, refuerzo positivo, musicoterapia, imaginación dirigida, retroalimentación biológica, entre otros.

(I) Establecer una comunicación adecuada; Con el paciente: Demostrar un interés sincero por él y su dolor, escucharle activamente, adoptando una actitud empática, siendo consciente de que los pacientes responden a la conducta verbal y no verbal. Mantener siempre una actitud tranquila, sosegada, serena, ofreciéndole una relación afectuosa, preocupada y comprensiva. Proporcionarle apoyo y hacerle partícipe en la toma de decisiones sobre su cuidado siempre que sea posible, de esta forma aumentaremos su sensación de control de los cuidados y fomentaremos su capacidad de afrontamiento.

Con la familia: Promover los potenciales de apoyo de la familia implicándoles en el cuidado, reconociendo su labor y favoreciendo el acercamiento que, a veces, la hospitalización interrumpe.

Dar información: una familia que conoce lo que está sucediendo y las medidas que se están adoptando es más eficaz en el apoyo al enfermo. Avisarles que identifiquen cualquier factor ajeno a la enfermedad que pueda contribuir al aumento del dolor y ante signos de depresión, ansiedad, irritabilidad, entre otros; para favorecer una actitud adecuada.

Con el resto del equipo: Toda la información que se da al paciente debe estar en concordancia con la que le dan a los demás compañeros, estableciendo objetivos y planes de cuidado consensuados entre todos los miembros del equipo.

Además, el poder contar con un grupo interdisciplinario y el trabajar en equipo resolverán más eficazmente los problemas y dificultades que surjan.

(j) Monitorizar la respuesta del paciente: a la analgesia y resto de medidas adoptadas.

(k) Evaluar, documentar y registrar la evolución del paciente; y la consecución de los resultados previstos.

Tratamiento Farmacológico del Dolor Oncológico.

La terapeuta medicamentosa es la piedra angular del tratamiento del dolor oncológico. Los medicamentos son eficaces en un 90% de los pacientes, cuando se utilizan a las dosis adecuadas, respetando el ciclo nictemeral de cada medicamento.

La prescripción de medicamentos analgésicos debe de seguir ciertas normas básicas que deben ser respetadas si se desea tratar adecuadamente el dolor de los pacientes, estas normas son las siguientes: Conocimiento de la vida media y ciclo nictemeral del medicamento, realizar la prescripción del medicamento, nunca S.O.S. Dolor, manejo de dosis equianalgésicas, conocimiento de las diferentes interacciones medicamentosas, conocimiento cabal de los efectos colaterales y prevención de los mismos, deben ser administrados por un tiempo determinado, en función de la tolerancia del medicamento, de la presencia de efectos colaterales no controlados y sobre todo en función de la presencia de la causa del dolor.

Al prescribir un analgésico se debe conocer la ventana analgésica, la cual representa gráficamente que se debe de mantener una concentración constante de analgésico para permanecer en la zona de analgesia, lo cual se logra administrando el medicamento a horas precisas (de acuerdo a la vida media del medicamento), nunca solo si hay dolor (S.O.S.).

Si se administran dosis subterapéuticas se mantienen bajas concentraciones analgésicas, por tanto el paciente se mantiene con dolor. Si se administran dosis supraterapéuticas se logra analgesia por un corto período de tiempo, obteniéndose rápidamente los efectos colaterales. Al administrar los analgésicos sin respetar el ciclo nictemeral de los mismos

(S.O.S. dolor), se pasa rápidamente por picos y valles de concentraciones analgésicas sin lograr un adecuado control del dolor.

El profesional de Enfermería, debe conocer la farmacocinética de los fármacos, utilizados en el control del dolor, así como conocer dosis, vías de administración, efectos deseados, efectos secundarios, ya que es el responsable de la administración.

Las autoras señalan, que en el rol interdependiente de enfermería con respecto al manejo y a la administración de terapias medicamentosas para alivio del dolor, las enfermeras (o) pueden hacer mucho; aportar sus conocimientos y habilidades en la utilización de las actividades diagnósticas y terapéuticas, disponiendo de su autonomía de actuación y toma de decisiones en su ámbito de competencias.

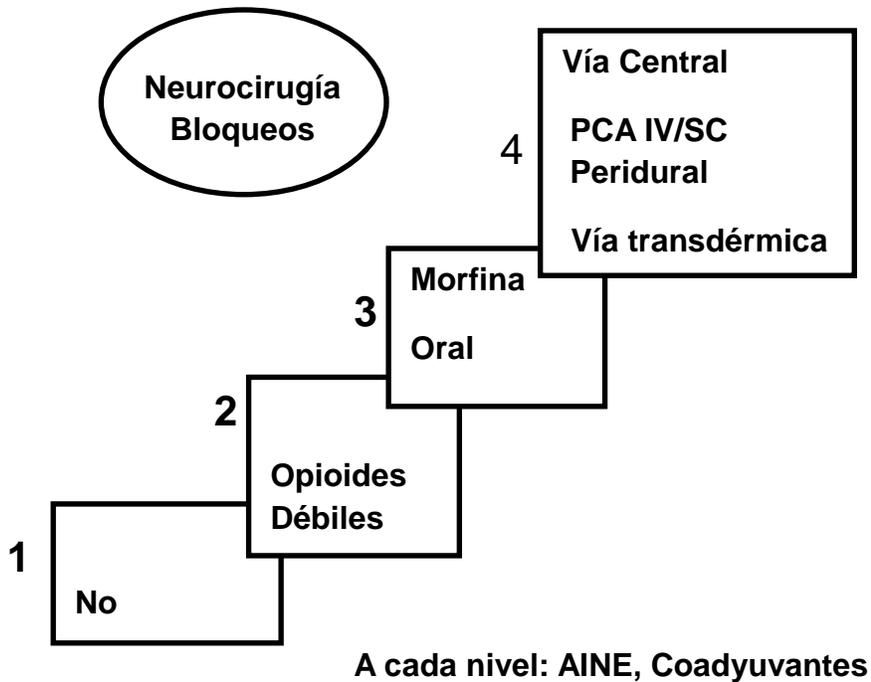
En tal sentido puede comprobar las dosis correspondiente a las características individuales del paciente, establecer horarios de administración, administrar fármacos previamente indicados, verificar problemas de dosificaciones y combinaciones, interacciones medicamentosas y otras estrategias que disminuyan la problemática, valorar y evaluar efectos deseados y no deseados de los fármacos, estas acciones contempladas dentro de sus planes de cuidados y dentro de sus competencias.

El uso de la escalera analgésica, continúa siendo la clave para un adecuado tratamiento del dolor por cáncer. Las principales ventajas de este método son la simplicidad y eficacia. El análisis de los resultados satisfactorios obtenidos en los pacientes se debe a un desarrollo de la escalera analgésica a cargo de enfermeras y médicos con especial atención a los detalles. El procedimiento consiste en asociar AINES a opioides por vía oral de acuerdo a un horario determinado para cada paciente y en titular constantemente la dosis versus el efecto.

Para el tratamiento del dolor se utiliza la escalera analgésica recomendada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S).

Según (Krakowski 1996 y Rodríguez 1998), citado por Vargas (1999), actualmente se pueden describir cuatro niveles de la escalera terapéutica de la O.M.S.

ALGORITMO Nº 1
ESCALERA TERAPEUTICA DE LA O.M.S MODIFICADA.



Fuente: Vargas- Schaffer (1999).

El nivel 1 está representado por los analgésicos no opioides como la aspirina, los antiinflamatorios no esteroideos, el paracetamol y la dipirona.

El nivel 2 representado por los opioides débiles, el nivel 3 por la morfina oral y los opioides fuertes.

El cuarto nivel está representado por las diferentes vías de administración de los opioides.

El nivel flotante que puede ser utilizado como anexo sobre todo en el nivel 3 y 4 de la escalera analgésica y donde están representados los actos neuroquirúrgicos y los bloqueos nerviosos (analgésicos o neurológicos, estos últimos con indicaciones muy precisas).

En cada nivel se pueden utilizar los AINES y los medicamentos coadyuvantes. El empleo de estos medicamentos va a estar determinado por la etiología y fisiopatología del dolor.

La vía parenteral ha sufrido en los últimos diez años un gran desarrollo en el campo de la algología, primero con la aparición de las jeringas eléctricas y las bombas electrónicas de infusión continua que han permitido la utilización de los opioides de manera constante y segura. La vía transdérmica podría considerarse como una alternativa a la vía parental.

Otra vía muy utilizada actualmente y que ofrece todo un nuevo campo en el manejo del dolor es la vía epidural, la cual puede ser utilizada como vía de administración continua gracias a los nuevos catéteres que permiten un empleo mucho más prolongado.

Para pasar de un nivel a otro en la escalera analgésica debe realizarse: Una adecuada evaluación del dolor, un nuevo examen físico, verificación de que el paciente haya tomado las dosis indicadas, en el horario preciso, descartar la asociación y/o presencia de un dolor neuropático u otro dolor no maligno intercurrente con el cuadro clínico de la primera evaluación, eliminar las posibilidades de reagudización del dolor por aumento de la masa tumoral o la presencia de metástasis.

Tratar el dolor en fin de vida es generalmente muy complejo debido a que el dolor está frecuentemente muy relacionado con la presencia de otros síntomas tan molestos como el dolor y que exigen que sean tratados de la misma manera que el dolor, por esta razón es importante que el profesional

de enfermería conozca el estadio de la enfermedad oncológica en la cual se encuentra el paciente, ya que en las fases terminales de la enfermedad se debe tomar una actitud paliativa y no curativa, donde es importante mantener el confort en el paciente, para ayudar a un buen morir, y de esta manera también minimizar el sufrimiento de los familiares y prepararlos para el duelo.

Medicamentos Analgésicos utilizados en Oncología y Cuidados Paliativos

Son muchos los medicamentos que se utilizan en estos cuidados pero a continuación se hace mención de los más importantes y utilizados en oncología, para el alivio del dolor. Según cada nivel.

En consecuencia en el **nivel 1** se encuentran los Analgésicos Anti-Inflamatorios No Esteroideos (AINES) Según las Normas Programa Nacional Alivio de Dolor por Cáncer Ministerio de la Salud de Chile (2009);

Son usados inicialmente como única terapia en dolor leve y acompañan a los opioides en las etapas sucesivas. Dolor de intensidad leve o moderada con afectación ósea o musculotendinosa y en la compresión mecánica de pleura o peritoneo. Potencian la acción analgésica de los opioides en el dolor moderado e intenso. Constituyen un grupo amplio de medicamentos, químicamente heterogéneos, con diversos grados de actividad analgésica, anti-inflamatoria y antipirética. Tienen techo terapéutico, es decir, una dosis máxima diaria por encima de la cual no se consigue un mayor efecto analgésico. (Pág. 41).

Se puede decir que son los medicamentos más utilizados por el profesional de Enfermería, son de fácil acceso y con efectos secundarios controlables. Las complicaciones potenciales del uso de los AINES pueden resumirse en: Reacciones de hipersensibilidad, Falla renal, Disfunción hepática, sangramiento, Ulceración gástrica.

Al respecto Vargas (1999), Los AINES son un grupo de compuestos débilmente ácido y con un alto grado de unión a las proteínas que, en

general, derivan de los ácidos carboxílicos o eólico que comparten ciertas propiedades terapéuticas y efectos secundarios. Son grupo de fármacos que constituyen la primera fase del tratamiento para el dolor leve o moderado de origen maligno. La principal característica de este grupo de medicamentos es que poseen un mecanismo de acción común, que es la inhibición de la síntesis de prostaglandinas y por tanto acciones farmacológicas y efectos secundarios similares. (Pág. 96). También pueden ser utilizados como coadyuvantes en el tratamiento de metástasis ósea.

Entre los AINES más utilizados en oncología se pueden mencionar: Acetaminofen, Metamizol, Diclofenac, Ketoprofeno, Ketorolac, Indometacina, Meloxicam, entre otros. Los opiodes Según las Normas Programa Nacional Alivio de Dolor por Cáncer Ministerio de la Salud de Chile (2009):

Son fármacos esenciales para el manejo del dolor por cáncer, cuando este es moderado y severo. Su acción es fundamentalmente de tipo central y su mecanismo es a través de la unión a receptores específicos en el S.N.C. y también en tejidos periféricos según se ha demostrado recientemente. Los analgésicos opioides se clasifican en: agonistas puros (codeína, morfina, metadona, petidina y fentanilo), agonistas parciales (buprenorfina), y agonistas antagonistas (nalbufina), según sea su capacidad de unirse a receptores específicos y su actividad intrínseca en ellos. (Pág. 43).

Es necesario antes de avanzar de nivel, es decir, antes de el uso de Opioides que el profesional de Enfermería, debe considerar los principios básicos para este tipo de tratamiento, tales como intensidad del dolor, tipo de dolor dado a los factores pronósticos y terapéuticos, utilizar las escalas de evaluación, fármacos de acuerdo al tipo de dolor Opioides débiles u Opioides fuertes, dosis individualizadas, dosis rescates, anticipación de efectos secundarios, y sobre todo no juzgar el dolor del paciente, recordar siempre que el dolor es subjetivo, y cada persona lo experimenta de formas diferentes.

Es importante tener presente la administración simultánea de antieméticos, laxantes y el consumo de abundantes líquidos y alimentación con fibras, cada vez que se indique un opioide, ya que producen estreñimiento.

En el Nivel II se encuentran los opioides débiles según varios autores citados por Vargas 1999:

Constituyen los medicamentos del segundo nivel de la escalera analgésica propuestas por la OMS. Son utilizados para el tratamiento del dolor moderado. Este nivel comprende opioides débiles agonistas puros como la codeína, el dextropropoxifeno. Los opioides débiles agonistas-antagonistas y los agonistas parciales, ambos grupos comprenden: el tramadol, la nalbufina, butorfanol y buprenorfina. (Pág. 106).

La utilización de los agonistas-antagonistas así como de los agonistas parciales es limitada debido al efecto “plafond” (de la literatura francesa) a efecto “techo” caracterizado por una insuficiencia analgésica, a pesar de aumentar las dosis.

Por otra parte la utilización de estos medicamentos en sus presentaciones IM, o EV, realizada en forma rápida pueden producir “sensaciones agradables” en los pacientes, lo cual se denomina “efecto flash” pudiendo facilitar en cierta forma su utilización repetida con fines no analgésicos. Este efecto no se observa con los opioides agonistas puros como la morfina, oxicodona, metadona y el fentanyl.

La Codeína: Es un opioide que puede tener una presentación de acción inmediata generalmente en asociación con el paracetamol utilizado a la dosis de 30 mg cada cuatro horas y codeína de acción prolongada (Dihidrocodeína) con una presentación de 60 mg cada doce horas. También existe la codeína en asociación con el acetaminofén, en cuyo caso la concentración de codeína es relativamente baja y mayor la de acetaminofén. Por tanto hay que tener en cuenta el total de dosis de acetaminofén

administrado por día, controlando la función hepática en pacientes con dosis elevadas.

Estas asociaciones de acetaminofén con codeína existen a diferentes concentraciones tales como: Acetaminofén 500 mg + Codeína 25 mg, Acetaminofén 450 mg + Codeína 10 mg. Existe otra asociación con codeína que es la siguiente: Diclofenac Sódico 50 mg + Codeína 50 mg.

El Dextropropoxifeno: Es un opioide débil, agonista U, estructuralmente relacionado con la metadona. Como analgésico, el dextropropoxifeno tiene entre la mitad y las dos terceras partes de la potencia de la codeína oral. Luego de la administración oral, las concentraciones plasmáticas desaparecen entre 1 a 2 horas. Se presenta solo o en asociación con el paracetamol utilizando a la dosis de 60 a 120 mg cada ocho horas.

La Nalbufina: Según (Miranda 1998) es un opioide semisintético, equipotente con la morfina, con una vida similar a la de la morfina, 4 horas. Está emparentada estructuralmente con la naloxona y la oximorfina. Posee un espectro de efectos cualitativamente semejante a los de la nalorfina y pentazona, pero la nalbufina es un antagonista mucho más potente de los receptores U. Es un agonista-antagonista disponible en ampollas para uso intramuscular o endovenoso. Es muy utilizado como analgésico post-operatorio. En oncología tiene su indicación en dolores moderados, para iniciar tratamiento con opioides y luego pasar a opioides fuertes del Nivel II.

En cuanto a la dosis: IV/SC/IM: 100 Mcg/kg cada 3 a 6 horas, no se deben administrar más de 160 mg diarios. PCA IV: bolos: 100 a 200 Mcg/hora, intervalo de seguridad 5 a 15 min. Es un analgésico que produce efecto techo y efecto flash, cuando es administrado rápidamente. Motivo por lo cual se debe ser cuidadoso al prescribirlo en adolescentes y adultos jóvenes.

Tramadol: Es un derivado del grupo aminociclohexano. Tiene afinidad baja por los receptores U, k, y δ , careciendo de selectividad.

Mecanismos de Acción: Mecanismo opioide básicamente central, aumento de la actividad monoaminérgica a nivel de la médula espinal, Inhibición de la recaptación tanto de la 5-hidroxitriptamina (5-HT) como de la noradrenalina en las terminaciones nerviosas serotoninérgicas y noradrenérgicas, existiendo una potenciación de ambos mecanismos.

Efectos Colaterales: A dosis terapéuticas no parece tener efectos respiratorios y hemodinámicos importantes.

Respiratorios: a dosis equianalgésicas con la morfina, el tramadol tiene mucho menos efecto sobre el centro respiratorio y de menor duración, obteniéndose solo efectos importantes sobre la frecuencia respiratoria con una dosis de 2 mg/Kg, pero sin una correlación dosis respuestas en los parámetros volumen minutos y pCo₂.

Hemodinámicos: utilizado a dosis terapéuticas el tramadol no presenta efectos cardiovasculares significativos, aunque algunos autores han encontrado un ligero aumento transitorio en la frecuencia cardiaca. En cuanto a la presión arterial sistólica y diastólica se ha observado una disminución transitoria de la misma, así como una disminución de la contractibilidad ventricular izquierda.

Digestivos: náusea, vómitos, constipación. Existe una mínima tolerancia en tratamientos prolongados y síntomas de retiro muy ligeros, tampoco existe tolerancia cruzada con la morfina.

La dosificación debe ser objeto de ajuste en función de la intensidad del dolor y de la respuesta individual de cada paciente, siendo habitualmente suficientes una dosis de 400 mg/día. Dosis individualmente superiores a más de 100 mg se acompaña en algunos casos de una incidencia de efectos secundarios aumentada, beneficiándose la administración IV de su dilución

en 100 ml de volumen y administración en 30 min. Si el dolor no es bien controlado se debe pasar al tercer nivel de la escalera analgésica.

Existe una presentación de acción prolongada con 100 y 200 mg a ser administrados cada 12 horas, lo cual permite una mayor comodidad para el paciente, permitido además la utilización de dosis de rescate mediante la presentación en gotas. Lo cual permite un mejor manejo y tratamiento del dolor.

El Butorfanol: Es un opioides sintético derivado del benzomorfanol, es de 3.5 a 7 veces más potente como analgésico que la morfina y 30 a 40 veces con respecto a la meperidina. Es un antagonista competitivo μ y un agonista de los receptores κ y δ . Los efectos psicomiméticos parecen resultar del agonismo sobre los receptores δ ; tiene un "efecto techo" sobre la depresión respiratoria y sobre la analgesia a dosis >30 a 60Gh/kg . Produce aproximadamente un 50% menos de náusea y vómitos, así como los efectos de constipación y retención urinaria son menos frecuentes. No es muy recomendado para el manejo del dolor oncológico en fase terminal.

La Buprenorfina: Es un agonista y un opioide semisintético derivado de la tebaína, muy lipofílico. Es de 30 a 50 veces más potente que la morfina y tiene alta afinidad por los receptores μ y κ . La alta afinidad y la baja disociación de los receptores μ puede contribuir con su prolongada acción analgésica y con una respuesta impredecible ante los antagonistas opiáceos, es decir puede haber una respuesta insuficiente, aun a altas dosis, con el uso de naloxona.

Disponible en dos presentaciones, una forma inyectada sobre todo utilizado en el manejo del dolor post-operatorio y una forma sublingual de 0.2 mg con una potencia analgésica equivalente a 10 mg de morfina oral. Su tiempo de acción es entre ocho y doce horas.

De acuerdo a los medicamentos **Del Nivel III** se encuentran los **Opioides Fuertes**: Las autoras señalan que es necesario seguir las

recomendaciones de la OMS, cuando los fármacos de los otros dos niveles, no alivian satisfactoriamente el dolor, no se debe retrasar el comienzo de su administración cuando está indicado, ya que de no hacerlo se le causa daño y sufrimiento al paciente.

Frecuentemente se dispone de cuatro fármacos para el dolor de moderado a severo: morfina, petidina, metadona y fentanilo. Tradicionalmente la morfina ha constituido la primera línea de tratamiento por vía oral o subcutánea, por ser un fármaco de fácil titulación debido a sus cuatro horas de promedio de vida activa, prolongables hasta el doble en los pacientes geriátricos.

El empleo de analgésicos opioides se asocia a la aparición de dependencia física, dependencia psicológica y tolerancia. Por lo cual han estado rodeados durante años de un gran temor y de numerosos mitos entorno a su utilización prolongada. La dependencia física y tolerancia son una respuesta farmacológica normal al uso continuo de dichos medicamentos.

La dependencia física: Según Vargas (1999) “se evita con la disminución progresiva de dosis de opioides y no con la supresión brusca” (Pág. 111). Tanto el aumento de dosis como el descenso deben de realizarse de manera gradual.

La dependencia psicológica: Según Vargas (1999) “Es un fenómeno de comportamiento que se caracteriza por el deseo vehemente del fármaco y una ansiedad agobiante por obtenerlo”. (Pág. 112). Según varios autores La vasta experiencia clínica acumulada así como los innumerables reportes en la literatura médica mundial demuestran que la dependencia psicológica es muy rara, por no decir que inexistente, en los pacientes oncológicos que padece de dolor.

La tolerancia: Según (Dickenson 1994) citado por Vargas (1999), “Es una parte de origen inglés que se define como la necesidad de aumentar

progresivamente las dosis de ciertos medicamentos para poder obtener los mismos efectos iniciales” (Pág. 112). Si la administración de este producto se interrumpe durante cierto tiempo, se puede volver a la sensibilidad inicial del producto.

Se evidencia en la práctica clínica de enfermería, que estos efectos se acentúan cuando ya se tiene tiempo con el uso de estos fármacos, y a medida que la enfermedad avanza de manera torpe, sin embargo, la dependencia física y psicológica así como la tolerancia o resistencia no deben limitar el uso eficaz de estos medicamentos, ya que se estaría contribuyendo a la prevalencia del dolor oncológico y al deterioro progresivo de la calidad de vida del paciente.

Los medicamentos del nivel 3 están representados por la Morfina, la Petidina, la Metadona, la Oximorfona y el Fentanyl.

Petidina: Es un agonista que actúa sobre los receptores Mu y Kappa. Es el único opioide espasmolítico, es el único opioide espasmolítico. Es utilizada a la dosis de 5 a 10 mg/kg/día por vía IV, debe ser administrada acompañada de un anticonvulsivo (diazepam o cloracepan), cuando es prescrita de forma crónica por varios días, debido a que produce un metabolito activo con propiedades neurotóxicas.

Morfina: Es el analgésico opioide de referencia, la vida media de la morfina es próxima a las 4 horas sea cual sea su vía de administración y su clearance es próximo a 9 ml/kg con variaciones interindividuales muy grandes. Presenta una excelente absorción por vía oral.

Las vías de eliminación son: renal, biliar y fecal. La vía urinaria es la principal vía de eliminación. Este es un aspecto a ser tomado en cuenta debido a que un paciente oncológico en fase terminal puede presentar una insuficiencia renal aguda o crónica, en cuyo caso debe titularse las dosis muy cerca y de manera individual para evitar sobredosificaciones.

Los mecanismos de acción de la morfina son: Acción presináptica, inhibiendo la liberación de neurotransmisores, Hiperpolarización postsináptica inhibiendo la transmisión de la información nociceptiva, Acción antinociceptiva bloqueando los receptores Mu centrales y periféricos.

La morfina se presenta vía oral bajo la forma de clorhidrato de morfina (morfina de acción inmediata) y bajo la forma de sulfato de morfina (morfina de acción prolongada). La presentación bajo la forma de liberación prolongada no aumenta la biodisponibilidad de la morfina, pero prolongan su absorción regulando la liberación del principio activo. La concentración plasmática máxima aparece a las 2 ó 3 horas, siendo esta concentración máxima 2 veces menos elevada que con el clorhidrato de morfina.

La morfina es utilizada por vía oral a la dosis inicial de 0.5 a 1 Mg/kg/día, para todas las edades, dividida en dosis cada 4 horas (si se utiliza morfina de acción inmediata), o cada 12 ó 24 horas si se utiliza la de liberación prolongada. Estas dosis pueden ser aumentadas si el dolor está mal controlado. El aumento debe hacerse a las 8 a 12 horas luego de iniciado el tratamiento y debe de corresponder a un 50% de la dosis inicial.

Esta dosis inicial debe ser determinado de manera individual y realizado previamente una "prueba terapéutica de morfina", en la cual se administra entre u 8 a 10% de la dosis inicial calculada en función del peso del paciente.

La morfina puede ser utilizada en infusión continua vía subcutánea o intravenosa con jeringas eléctricas o la utilización de bombas de infusión continua (P.C.A). Por estas vías la dosis de morfina debe ser la mitad de la dosis/día vía oral. Si el paciente nunca ha recibido opioides, la dosis de inicio de morfina vía subcutánea o intravenosa es de 0.25 a 0.5 mg/kg/día-.

La vía rectal puede ser utilizada si la farmacia del hospital prepara en supositorios la morfina, la posología es la misma de la vía oral.

No se debe utilizar la forma oral de acción prologada por vía rectal, ya que la liberación del producto activo no es igual, por la carencia de enzimas del tracto digestivo superior en el recto.

La dosis máxima no existe ya que es un medicamento que no presenta “el efecto techo” de los opioides débiles agonistas-antagonistas y agonistas parciales, el límite de la dosis está representado por el control del dolor.

Existen casos de difícil control del dolor, representados solo por un 20%, en éstos casos se debe pensar en la asociación de otros dolores tales como dolor neuropático y/o medido por el simpático, quedando un leve porcentaje reducido de pacientes (10%) en los cuales debe realizarse una rotación de opioides para lograr un adecuado manejo del dolor.

Es importante destacar que no debe dejarse la utilización de morfina para lo último, debe utilizarse en cualquier momento de la enfermedad donde existe un dolor nociceptivo importante y de fuerte intensidad y no nada más para ayudar a un bien morir.

Oximorfona: Es un congénere de la morfina y ha tenido un papel limitado pero importante, en el tratamiento con dolor agudo y crónico oncológico. En la actualidad se utiliza más en supositorio, rara vez de da por vía parenteral por tiempo prolongado. Cuya dosis es SC/IM: 0.5 a 1.5 mg cada 4 a 6 horas. IH: 0.5 mg cada 4 horas. Rectal: 5mg cada 4 a 6 horas. PCA IV: bolus: 0.3 mg (0.006 mg/kg), intervalo de seguridad: 5 a 1q0 min.

Fentanyl: Es un es opioide agonista, derivado de la fenilpiperidina, que posee una potencia analgésica que es de 75 a 125 veces mayor que la morfina. El efecto pico cuando es administrado por vía endovenosa se observa a los 5 a 15 minutos, a los 30 minutos cuando se administra por vía epidural y a los 20 a 30 minutos por vía transdérmica. Su rápido inicio y su corta duración de acción refleja su gran liposolubilidad.

Utilizado a la dosis de 0.5 a 1 Ug/kg/día administrado en infusión continua con jeringas eléctricas o en P.C.A. también existen una presentación de parches transdérmicos los cuales no pueden ser utilizados para realizar una equilibración de dolores ya que requieren un mínimo de 12 horas para alcanzar una concentración plasmática estable, su utilidad sería solo en dolores bien controlados que requieran grandes dosis de opioides.

Es un opioide muy utilizado en la rotación de opioides en pacientes oncológicos y en fase Terminal.

Las dosis recomendadas son; por vía oral (tranmucosa): 200 a400 Ug (5-15 Ug/kg) cada 4 a 6 horas, las pastillas deben ser chupadas y no tragadas ni masticadas.

Transdérmico (sistema de parches): Inicial: 25 a 50 UG/hr. Mantenimiento: 25 a 100 Ug/hr.

Para lograr efectividad en el tratamiento farmacológico paliativo existen medicamentos coadyuvantes que pueden ser asociados a los analgésicos propiamente dicho, por lo cual, enfermería debe conocer la efectividad de los mismos para contribuir en el cumplimiento a cabalidad del mismo por parte del paciente y familiar.

Medicamentos Analgésicos Coadyuvantes Según Vargas (1999), se entiende por medicamentos coadyuvantes o coanalgesicos, “unas series de medicamentos que pueden ser utilizados conjuntamente con el medicamento de los diferentes niveles de la escalera analgésica. Siendo algunos de ellos los medicamentos de elección para ciertos tipos de dolores, como los neuropaticos” (Pág. 132).

Clásicamente el grupo de medicamentos coadyuvantes está constituido por: los corticoides, los anti depresores, los anticonvulcionantes, ansiolíticos y los neurolépticos.

Corticoides: Son utilizados en oncológica para mejorar el estado de ánimo y estimular el apetito. Además son utilizados específicamente

para controlar la fiebre y la sudoración así como para tratar el síndrome de la vena cava superior. Como analgésicos son utilizados para controlar la cefalea producida por hipertensión endocraniana, son útiles para aliviar el dolor causado por compresión nerviosa y/o medular, los dolores óseos y las distensiones viscerales.

Antidepresores: Los antidepresores en particular la amitriptilina y la, imipramina producen a dosis baja (inferiores a las utilizadas para la depresión) un efecto analgésico para el dolor neuropático, sobre todo para controlar el componente disestésico.

Anticonvulsivantes: Los anticonvulsivos son medicamentos utilizados en algología para el control del componente lancinante del dolor neuropático. Los más utilizados son la carbamacepina, el valproato de sodio, la fenitoína, el clonazepam y el Gabapentin. El efecto colateral más frecuente es la somnolencia. Con la utilización de la carbamacepina por periodos prolongados hay que vigilar la función hepática y las plaquetas.

Antagonista de los Receptores N-Metil-D-Aspartato. Los antagonistas son: la Amantidina, Dextropropoxifeno y la Ketamina, ambos empleados en dolores Neuropáticos mantenidos por el simpático y refractarios al tratamiento convencional. La ketamina es el más utilizado en la práctica clínica cotidiana. Es un medicamento utilizado clásicamente en anestesia, que actualmente es utilizado para el tratamiento del dolor neuropático del paciente con cáncer.

Neuropléticos: De los fármacos incluidos en este grupo los más utilizados como coadyuvantes en el tratamiento del dolor son: la levomepromazina, la fenotiacina, la perfenazina, la clopromazina, el haloperidol y la sulpirida. En especial la fenotiacina es utilizada en el paciente oncológico en el dolor por tenesmo rectal, como antiemético, y para controlar el hipo en fase Terminal.

Ansiofíticos: Pueden ejercer un efecto analgésicos suplementarios, el cual es mediado por la vía GABA-érgica. Son utilizados como coadyuvantes en pacientes con estado de ansiedad, insomnio o espasmo musculares. Los más utilizados son las benzodicepinas. Los psicoestimulantes como las anfetaminas, pueden ser empleados en el caso de somnolencias y sedación intensa, en cuyo caso el paciente manifiesta el deseo de permanecer alerta y sin dolor.

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico, se refiere a la aplicación de medidas que lleva a cabo el profesional de enfermería como complemento de la terapia para el alivio del dolor y el cual comprende medidas ambientales organizativas, medidas físicas y medidas psicológicas.

Al respecto López, Eulalia (2003), "señala que las medidas no farmacológicas implican una concepción amplia de la terapéutica y van dirigidas fundamentalmente a promover la autonomía del enfermo y de su entorno, poniendo a su disposición recursos terapéuticos en diversas direcciones" (Pág. 103).

Se puede decir que las medidas ambientales organizativas no son más que el confort que se le debe proporcionar al paciente oncológico para su estabilidad emocional y sentirse bien, puesto que un lugar armonioso, limpio y con buena iluminación contribuye de manera positiva en el paciente para su pronta recuperación o para que tenga una muerte digna y tranquila, esto incluye respetar el descanso y promover la relajación del paciente oncológico, al igual que una medicación adecuada de acuerdo a sus necesidades, una alimentación sana y un ambiente familiar libre de conflictos, solo que le demuestren cariño comprensión y respeto que lo ayuden a sentirse bien.

Al respecto López, Eulalia (obcit) (2003), señala que las medidas ambientales están “dirigidas a que el paciente aumente la tolerancia al dolor mediante el respeto de su ritmo de actividades cotidianas y la consecuencia del máximo confort”

Las medidas físicas son aquellas que tienen como objetivo aliviar el dolor y buscar formas de comunicación a través de la relajación corporal, como la realización de masajes y aplicación de cremas como el mentol, así como también aplicación de frío y calor, y estimulación cutánea. Las medidas psicológicas en estas medidas encontramos todas aquellas técnicas que existen dentro del campo de la psicología, es decir, las técnicas cognitivas y conductuales, las cuales se aplican en el control del dolor, la terapia cognitiva como aplicación de la psicología cognitiva, mantiene una concepción psicológica centrada en los procesos mentales como el razonamiento, memoria y atención, entendiendo que existe algo dentro de la mente comparable de unas personas a otras.

La terapia conductual, sin embargo no se basa en lo que es el proceso mental sino en la conducta, entendida esta como una acción de ajuste interdependiente con el medio y no tan solo una respuesta motora, estas dos terapias incluyen la musicoterapia, la relajación y la visualización.

Al respecto sobre el uso de terapias complementarias, los profesionales de la salud deben ampliar sus conocimientos y óptica acerca del paciente, descubrir sus fuentes de dolor y sufrimiento, y emplear los medios disponible para permitir el alivio que el desee.

En este sentido es importante que las enfermeras (O) que aplican estas terapéuticas, realicen investigaciones en esta temática, con base en las experiencias cotidianas, para evidenciar el aporte científicamente por enfermería a la salud desde este campo.

Bases Legales

Desde el punto legal esta investigación se basa en la constitución de la República bolivariana de Venezuela (1999), la cual señala:

Artículo 83. " La Salud es un derecho social fundamental, obligatorio del estado, que lo garantizara como parte del derecho a la vida".

Artículo 84. ..."garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad". Código deontológico de Enfermería (aprobado por el comité ejecutivo de la federación de colegios de enfermeras de Venezuela, Caracas, 1999); donde se expresa lo siguiente:

En el Capítulo II. Deberes Generales de los profesionales de Enfermería.

Artículo 2. " La máxima defensa del profesionales de Enfermería es el bienestar social, implícito en el fomento y la preservación de la salud; en el respeto a la vida y a la integridad del ser humano.

Artículo 10. "Los profesionales de Enfermería deben ejercer con libertad las normas y criterios científicos que permitan precisar la atención adecuada en cada tipo de Enfermo".

Artículo 11. " El deber del profesional de Enfermería es: aliviar el sufrimiento humano, esta noble acción no admite discriminaciones personales colectivas, religiosas o políticas.

Capítulo V. Deberes del profesional de Enfermería hacia los Usuarios. Los derechos del Usuario. Enfermo Terminal.

Artículo 28."El profesional de Enfermería al proporcionar los cuidados al usuario debiera tratarlo en forma holística. (Biológica- Psicológica y social.).

Artículo 35." Es derecho del Enfermo en Fase Terminal solicitar y recibir drogas analgésicas para aliviar el dolor originado por su enfermedad". De esta forma se puede apreciar como el marco legal referido respalda y fundamentan la investigación.

Sistema de Variable

Variante: Cuidados de Enfermería en los pacientes con Dolor Oncológico.

Definición Conceptual: Partiendo de la definición de Cuidados de Enfermería basada en la filosofía de la Ciencia de los cuidados de Watson, en este trabajo se define como un proceso interpersonal e incluye intervenciones que producen la satisfacción de las necesidades humanas (Torres, 1986).

Definición operacional: Son las acciones de enfermería, basadas en conocimientos, dirigidas y aplicadas a pacientes que presentan dolor por cáncer, tales como Valoración, Métodos para medir la intensidad del Dolor, Tratamiento Farmacológico y no farmacológico.

Operacionalización de Variable.

Variable: Cuidados de Enfermería en los pacientes con Dolor Oncológico.

Definición operacional: Son las acciones de enfermería, basadas en conocimientos, dirigidas y aplicadas a pacientes que presentan dolor por cáncer, tales como Valoración, Métodos para medir la intensidad del Dolor, Tratamiento Farmacológico y no farmacológico.

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Items
<p>Valoración. Son todas las actividades, realizadas por los profesionales de enfermería para identificar el tipo de dolor y sus características.</p>	<p>Tipos de Dolor: -Dolor Total: Enmarca el carácter subjetivo del dolor, en los aspectos psicológicos, sociales, espirituales y físicos.</p>	<p>Aspectos Físicos. - Posiciones antálgicas, gestos faciales, llanto, otros. - Constantes vitales -Causas, tipos, duración, tiempo, localización, Intensidad, características.</p>	<p>1-2 3-7. 8-18</p>
		<p>-Aspectos Psicológicos: - Ansiedad y Depresión -Aspectos Sociales y Espirituales: - Cólera, Rabia, Desesperanza. Escalas de Evaluación: -Escala numérico del 0 al 5, Escala Verbal: Leve, Moderado, Severo. Escala visual (EVA).</p>	<p>19 a la 23. 24 a la 29.24 a la 29. 30</p>
<p>Tratamiento Farmacológico. Es el proceso mediante el cual el profesional de Enfermería, cumple con la indicación</p>	<p>Métodos para medir la intensidad del Dolor. Son los instrumentos que utiliza el profesional de Enfermería, para tener una idea más precisa y objetiva del dolor que presenta el paciente. Escala de Analgésicos de la OMS: Se refiere al método para aplicar terapia medicamentosa.</p>	<p>-Nivel I: AINES -Nivel II: Opiodes Débiles -Nivel III: Opiodes Fuertes. -Fármacos coadyuvantes. -Dosis, Horario de</p>	<p>31 a la 40.</p>

<p>médica de un fármaco comprobando que la dosis corresponda a características individuales del enfermo y lapso correspondiente.</p> <p>Tratamiento no farmacológico. Es la aplicación de medidas complementarias por parte del profesional de enfermería para el alivio del dolor</p>	<p>Medidas ambientales y organizativas: Se refiere a la aplicación de técnicas dirigidas a que el paciente aumente la tolerancia al dolor, mediante el respeto de su ritmo de actividades cotidianas y la consecución del máximo confort.</p> <p>Medidas Físicas: Se refiere a las técnicas que tienen por objetivo aliviar el dolor, favorecer la aproximación del cuidador al enfermo y buscar formas de comunicación a través de la relajación corporal.</p> <p>Medidas Psicológicas: Se refiere a aquellas técnicas que existen dentro del campo de la Psicología, como las cognitivas y conductuales que se aplican en el control del dolor.</p>	<p>administración. -Registro de efectos deseados y no deseados.</p> <p>-Favorecer descanso y relajación. -Promoción de distracción y actividades.</p> <p>-Aplicación de calor y frío, Masajes, Aplicación de cremas y lociones.</p> <p>- Refuerzos positivos, familiares, y equipo de salud.</p>	<p>41 a la 45.</p> <p>46 a la 49.</p> <p>50</p>
---	--	--	---

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Diseño de la Investigación

Es necesario hacer mención de que este aspecto, es fundamental en la investigación, ya que define la característica de la misma desde el punto de vista metodológico, como señala Hurtado .J (2008) “los diseños se refieren a los aspectos operativos de la investigación “(Pag.148).

Al respecto Arias, F. (1999) señala que este comprende “...La estrategia que adopta el investigador para suspender al problema planteado”. (Pág.47), lo que podría interpretarse como un esquema de carácter general sobre el cual se sustenta el estudio para el abordaje de la problemática.

En relación con el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información esta investigación se ubica como transversal, ya que implican la obtención de datos en un momento específico. Al respecto Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P (2006) refieren que: “los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. (Pág. 208).

En el presente estudio los datos fueron recolectados a toda la población al mismo tiempo para así poder analizarlos y determinar su incidencia. Esta investigación de igual forma está ubicada, en una modalidad de campo, porque los datos se recogen directamente en el área donde los profesionales de enfermería proporcionan cuidados para el alivio del dolor oncológico. En este sentido, la Universidad Pedagógica Experimental

Libertador (2006) especifica que se entiende por investigación de campo: “El análisis sistemático de problemas en la realidad con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos o predecir sus ocurrencias” (Pág. 18).

También esta enmarcada dentro de un diseño univariable o unieventual tal como lo señala Hurtado, J. (2008) “en lo que representa a la amplitud y organización de los datos, el diseño puede estar centrado en un evento único” (Pág. 148).

Tipo de Estudio

Es importante destacar que desde el inicio y durante el desarrollo del trabajo de investigación, este va tomando su propio curso como lo dice Hurtado, J (2008) “Los métodos técnicas, tácticas y estrategias no son genéricos para cualquier investigación, los métodos son diferentes en función del tipo de investigación y del objetivo que se pretende lograr”; (Pág 98), de acuerdo al problema, y a los objetivos establecidos, se considera descriptivo, transversal y de campo ya que describe las variables cuidados que proporciona el profesional de Enfermería a los pacientes con Dolor Oncológico, Hospitalizados en la Unidad de Oncología Médica de Adultos, del Hospital Padre Machado en el primer semestre del 2013.

Área de Estudio

El estudio fue realizado en el servicio de Oncología Médica del Hospital Oncológico “Padre Machado” donde se encuentran hospitalizados los pacientes con distintas patologías oncológicas, en diferentes estadios, donde los profesionales de Enfermería le proporcionan cuidados para el alivio del Dolor.

Población

Según Tamayo y Tamayo. (2003) “Refiere que la población es la totalidad del fenómeno a estudiar en donde la población posee una característica común, lo cual se estudia y da origen a los datos de investigación.(Pág. 176). La población objeto de esta investigación se conformó por (30) profesionales de enfermería que laboran en la unidad de oncología del Hospital Padre Machado del Cementerio. En relación al número corresponde al 100% del total de profesionales de enfermería que laboran en los turnos de siete a una de la tarde (turno 7am/ 1pm) y de una de la tarde a siete de la noche (1 pm/ 7pm). Estos profesionales manejan un número importantes de pacientes adultos hospitalizados, tomando en cuenta, que intervienen directamente en los cuidados que se proporcionan para el alivio dolor oncológico.

Técnicas de recolección de datos

Es importante destacar que los métodos de recolección de datos, se puede definir como el medio a través del cual el investigador se relaciona con los participantes para obtener la información. Según Tamayo y Tamayo (Ob-cit) las técnicas de recolección de datos “es la parte operativa del diseño investigativo, hace relación al procedimiento, condiciones y lugar de la recolección de datos” (Pág.177). La técnica utilizada en la investigación es la observacion; al respecto Arias (2006) define: “la observación, es una técnica que consiste en visualizar o captar mediante la vista, en forma sistemática, cualquier hecho, fenómeno o situación que se produzca en la naturaleza o en la sociedad, en función de unos objetivos de investigación preestablecidos”. (Pág. 69).

Al respecto Sabino (1992) la define como “El uso sistemático de

nuestros sentidos en la búsqueda de los datos que se necesitan para resolver un problema de investigación” (Pág. 146).

Villafranca (1996) plantea que “La Observación científica es planificada y controlada, está sujeta a controles de validez y fiabilidad, utiliza medios e instrumentos propios. Según los medios utilizados se clasifican en observación no estructurada, observación estructurada” (Pág. 66). En este caso se utilizó la Observación estructurada, ya que se hizo uso de un instrumento que permitió, organizar y medir la información, el cual se enfatizó en los indicadores tipos de dolor, métodos para medir la intensidad del Dolor, escala de análgicos de la OMS, medidas complementarias. Esto a través de la Observación no participante, ya que las autoras solo participaron como expectador. Y el instrumento de medición utilizado fue la Guía de Observación, tomando en cuenta las siguientes alternativas: Si y no, observando los cuidados del profesional de Enfermería aplicados a los paciente con Dolor Oncológico, hospitalizados en la unidad médica de adultos del hospital Padre Machado en tres momentos diferentes.

Instrumento para la recolección de datos

Según Hurtado. J. (2008) “los instrumentos representan las herramientas por la cual se va a recoger, filtrar y codificar la información, es decir el con que” (Pág. 153).

Para la elaboración de la investigación se elaboró el siguiente instrumento: Guía de Observación sobre cuidados del profesional de Enfermería aplicados a los pacientes con Dolor Oncológico hospitalizados en la unidad médica de adultos del hospital padre machado en el 1er trimestre del 2013, estuvo conformado por un total de cincuenta (50) ítems con alternativas de respuestas (Si y No), que se le aplicó en tres momentos únicos a los 30 profesionales de Enfermería de atención directa que

proporcionan cuidados para el alivio del dolor oncológico. El cual permitió recoger la información necesaria y lograr los objetivos propuestos en la investigación, cada uno, a través del cual se pretendió medir la variable del estudio.

Procedimiento para la recolección de información.

Este procedimiento se llevó a cabo mediante el cumplimiento de varias fases; una primera fase consistió en la Observación de el problema en el decimo semestre al realizar pasantías por área de interés en Oncología, donde se detecta el problema, esto conjuntamente con la revisión de todas las fuentes bibliográficas referentes el tema.

Una segunda fase donde se llevo a cabo la aplicación de una guía de observación con una serie de cuidados esenciales, a la muestra de los profesionales seleccionados, antes se solicitó la autorización por escrito del Jefe de Enfermeras del Hospital Oncológico Padre Machado y se hablo con los profesionales de Enfermería de la unidad para así obtener el consentimiento informado antes de la recolección de información.

Validez

En esta investigación, la validez del instrumento aplicado se determinó mediante la validación por juicios de expertos, para lo cual fueron consultados expertos en el área de Metodología de la Investigación y en el área de Oncología, con la finalidad de determinar la correspondencia entre la variable, objeto de estudio y los criterios esenciales incluidos en el instrumento. Para determinar la validez del instrumento se tomara como base lo planteado por Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P (2006), los cuales afirman que la validez de contenido “se refiere al grado que un instrumento

refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide” . El instrumento se validó de acuerdo a los siguientes criterios: correspondencia entre los ítems y los indicadores de la variable a medir. Claridad y redacción. Conveniencia en el número de los ítems, presentación y longitud del instrumento, ubicación de cada uno de los ítems en los distintos aspectos que enfocaron en el estudio.

Confiabilidad

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1998) explican la confiabilidad de un instrumento de recolección de datos es “el grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados”, (Pág. 242). Con la finalidad de conferirle confiabilidad al instrumento guía de observación, se realizó la confiabilidad entre observadores o el grado de acuerdo ínter observadores según Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1.998):

$$\frac{\text{AO El número de acuerdos}}{\text{Número de acuerdos + número de desacuerdos}}$$

Los investigadores procedieron a realizar en tres momentos únicos, las observaciones, utilizando la guía de observación. El coeficiente de confiabilidad reportado fue de 0,92 (va anexo).

Plan de tabulación y análisis

Las observaciones fueron tabuladas por las propias investigadoras y presentadas en cuadros con distribución absoluta y porcentual, considerando los resultados para cada una de las categorías de la variable en estudio.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo, se hace referencia a los resultados obtenidos del instrumento aplicado, con tal finalidad se llevaron a cabo los procedimientos y cálculos necesarios para establecer la tendencia global de la información obtenida, según respuestas a los indicadores, factores y variable en estudio.

En este sentido, se procesó dicha información en una matriz de datos, se calcularon las frecuencias de las características del grupo con porcentajes simples y se presentan en cuadros de distribución de frecuencias dando así respuesta de los fenómenos observados por las investigadoras.

El análisis de los resultados permite visualizar e interpretar, las informaciones recolectadas en un estudio, de forma tal que proporcionen respuesta a los integrantes de la investigación. (Balestrini 1998). De acuerdo con ello, los resultados se analizaron utilizando el enfoque cuantitativo de la investigación el cual “suele usarse predominantemente, con instrumentos de medición y comparaciones que proporcionan datos cuyo estudio requiere el uso de modelos matemáticos de la estadística” (Hurtado, 1999, p. 41).

Cuadro N° 1

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Posiciones antálgicas, gestos faciales, llanto, otros. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.

ítemes	SÍ		NO		TOTAL	
	fa	%	fa	%	fa	%
1. ¿Valora conductas de dolor: Gestos faciales, gemidos, llantos?	29	96,6	1	3,4	30	100
2. ¿Valora conductas de dolor: posiciones antálgicas?	22	73	8	27	30	100

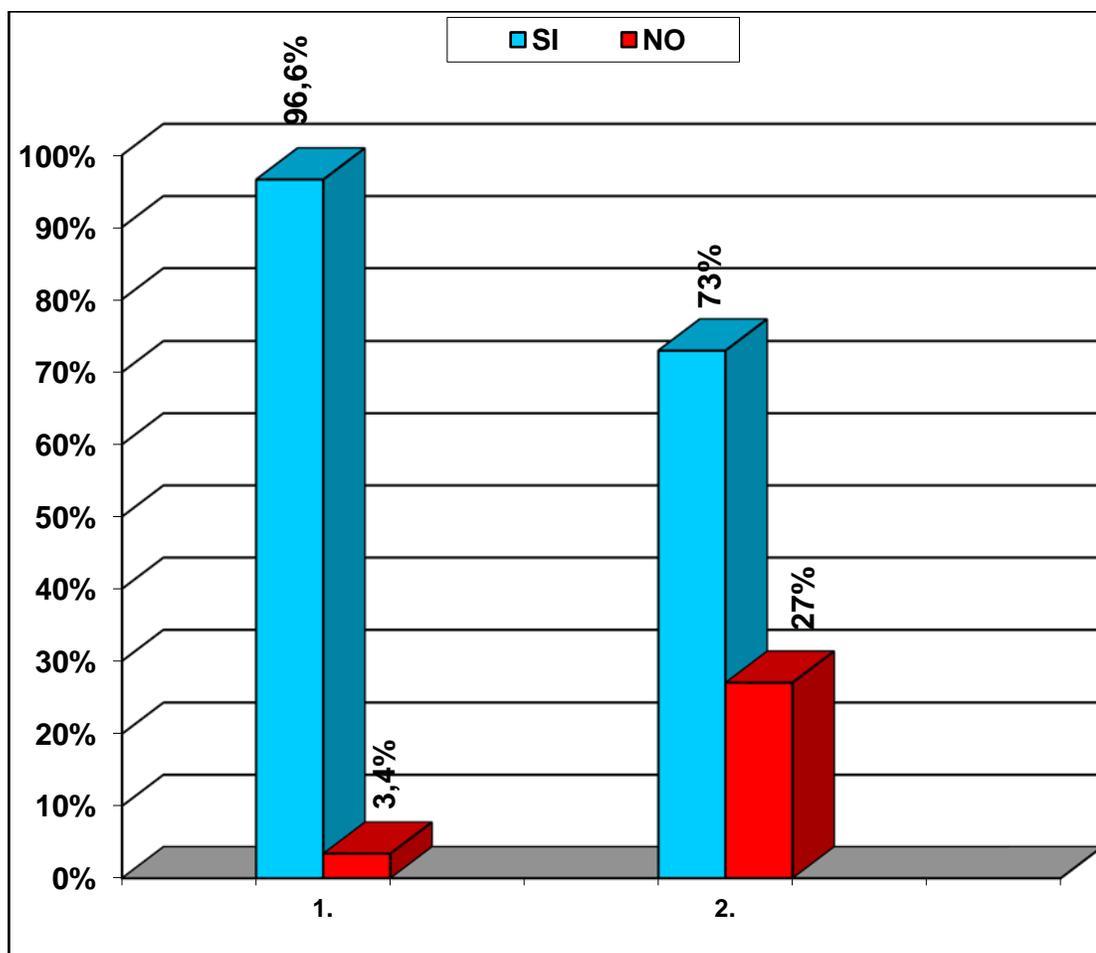
Fuente: Instrumento aplicado por las autoras (2013)

En el cuadro N° 1, se puede evidenciar que un porcentaje del 96,6% valora conductas de dolor en cuanto los gestos faciales, gemidos y llantos en los pacientes oncológicos, y un 3,4% no lo hace, en el ítem 2 referido a si el profesional de enfermería valora conductas de dolor posiciones antálgicas se pudo observar que el 73% si lo hace, mientras que el 27% no valora esta situación en el paciente oncológico.

Los resultados son significativos, ya que la mayoría de esta población conoce la importancia de la valoración del dolor en los pacientes oncológicos hospitalizados, pero es preocupante el porcentaje minoritario que no la realiza, porque según La Asociación Internacional del Dolor (IASP), citado por (Merskey, 1994) refiere que "El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión existente o potencial y descrita en termino de dicha lesión", (Pág.12).

Gráfico N° 1

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Posiciones antálgicas, gestos faciales, llanto, otros. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013



Fuente: Cuadro N° 1

Cuadro Nº 2

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Constantes vitales. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.

Ítemes	SÍ		NO		TOTAL	
	fa	%	fa	%	fa	%
3. ¿Valora la correlación fisiológica de la constante vital: F.C. En la presencia de dolor?	21	70	9	30	30	100
4. ¿Valora la correlación fisiológica de la constante vital: T.A en la presencia de dolor?	23	76,6	7	23,4	30	100
5. ¿Valora la correlación fisiológica de la constante vital: temperatura corporal en presencia de dolor?	20	66,6	10	33,4	30	100
6. ¿Valora la correlación fisiológica de la constante vital: Respiración en la presencia de dolor?	21	70	9	30	30	100
7. ¿Registra signos vitales como soporte de los valores obtenidos durante la valoración?	19	63	11	37	30	100

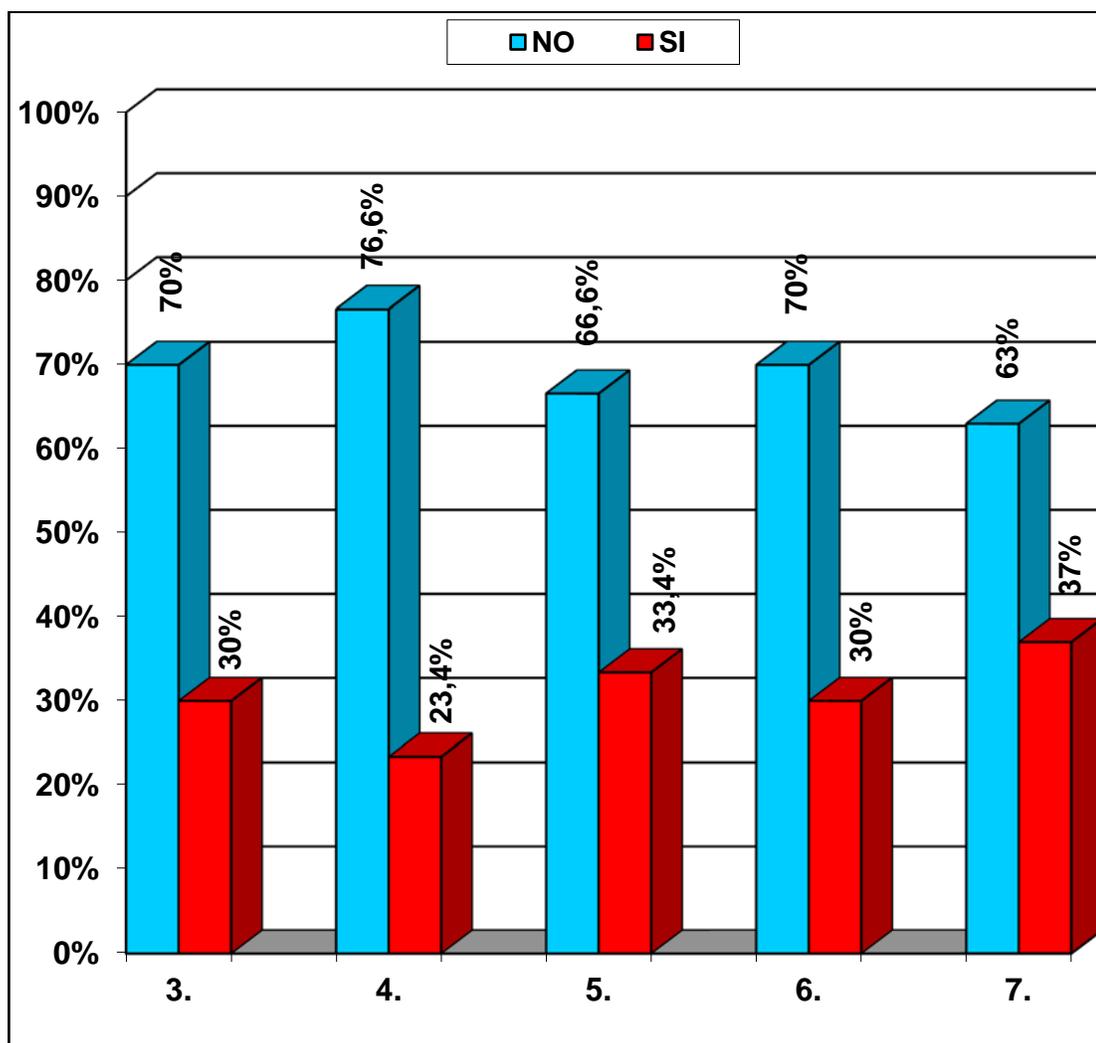
Fuente: Instrumento aplicado por las autoras (2013)

El cuadro Nº 2, evidencia las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería, en cuanto a la valoración de las constantes vitales, en el ítem 3 en cuanto a si valora la frecuencia cardiaca el 70% si lo hace, mientras que el 30% restante no lo hace, por otra parte en lo referido a la valoración de la tensión arterial un porcentaje de 76,6% si lo realiza, el 23,4% no valora al paciente. Así mismo, en el ítem referido a la valoración de la temperatura corporal el 66,6% realiza esta acción, mientras que el 33,4% no la realiza. En cuanto a la respiración, el 70% valora la respiración del

paciente ante la presencia de dolor, y un 30% no lo hace. Así mismo, el 63% registra los signos vitales, mientras que el 37% no lo hace.

Gráfico N° 2

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Constantes vitales. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.



Fuente: Cuadro N° 2

Cuadro Nº 3

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Causas, tipos, duración, tiempo, localización, Intensidad, características. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.

Ítemes	SÍ		NO		TOTAL	
	fa	%	fa	%	fa	%
8. ¿Valora la coloración de la piel en el sitio que el paciente presenta el dolor?	19	63	11	37	30	100
9. ¿En la valoración del dolor toma en cuenta el tipo de patología oncológica?	28	93	2	7	30	100
10. ¿En la valoración del dolor toma en cuenta el estadio de la enfermedad?	5	16,6	25	83,4	30	100
11. ¿En la valoración del dolor toma en cuenta las posibles causas?	28	93	2	7	30	100
12. ¿Toma en cuenta la duración del dolor en el paciente?	29	96,6	1	3,4	30	100
13. ¿Toma en cuenta si el dolor comienza incidentalmente?	1	3,4	29	96,6	30	100
14. ¿Toma en cuenta la persistencia del dolor?	30	100	0	0	30	100
15. ¿Toma en cuenta el tiempo en que se produce el dolor?	27	90	3	10	30	100
16. ¿Valora la localización del dolor?	30	100	0	0	30	100
17. ¿Valora las características del Dolor: si es punzante, quemante u opresivo?	1	3,4	29	96,6	30	100
18. ¿Valora si el dolor se irradia?	29	96,6	1	3,4	30	100

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras (2013)

En el cuadro N° 3, se reflejan las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en la Unidad Médica del Hospital Padre Machado. En cuanto a si el profesional valora la coloración de la piel en el sitio que el paciente presenta el dolor, se pudo observar que el 63% si lo hace, y un 37% no lo hace.

En los ítemes 9 y 11 referidos a si en la valoración del dolor toma en cuenta el tipo de patología oncológica y si toma en cuenta las posibles causas el 93% si la realiza, mientras que el 7% no lo hace. Así mismo, el 16,6% toma en cuenta el estadio de la enfermedad, un 83,4% no lo hace.

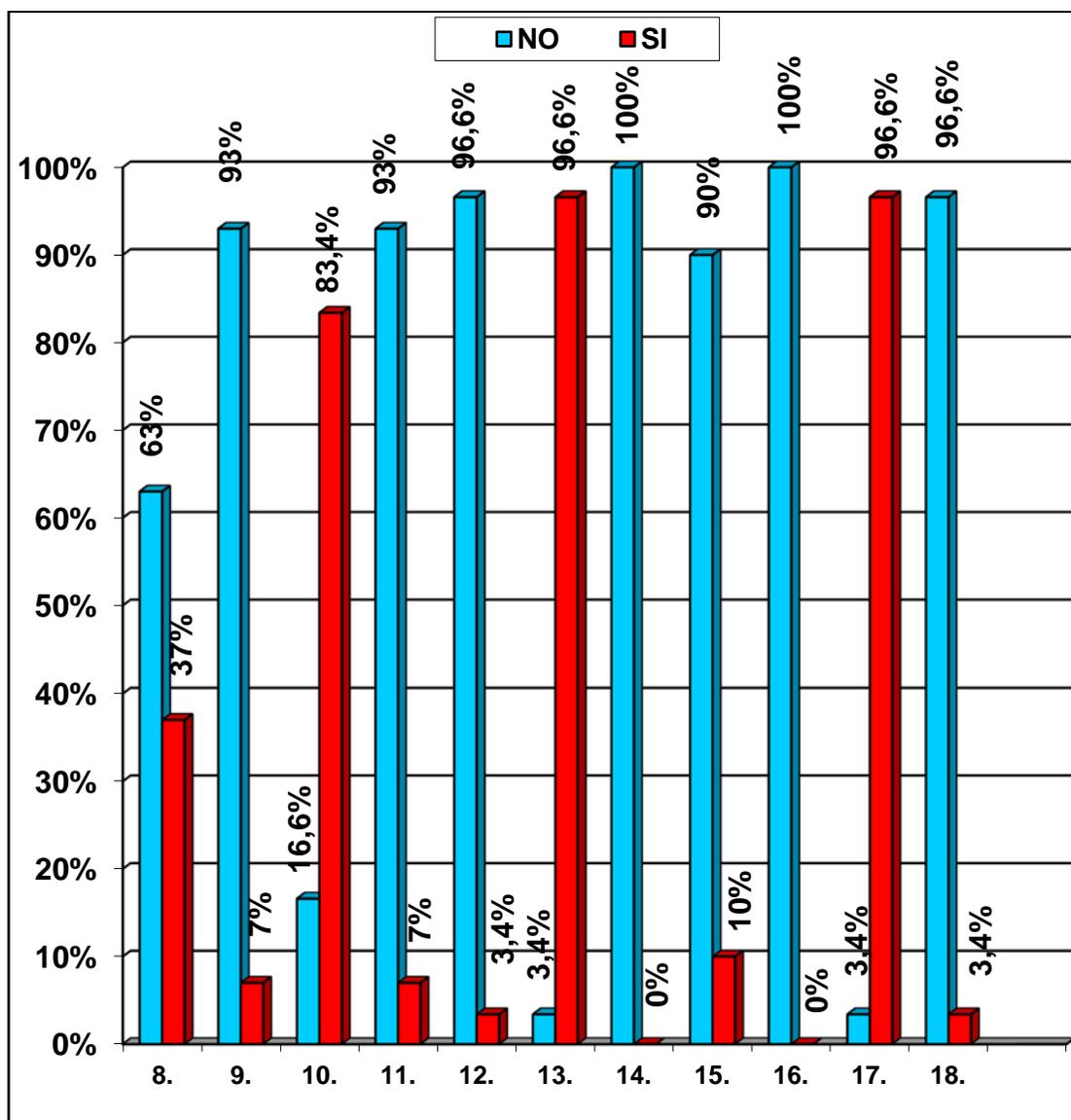
En los ítemes 12 y 18 referidos a toma en cuenta la duración del dolor en el paciente y si el dolor irradia, se observó que la mayoría de la población en estudio representado por el 96,6% si realiza estas acciones, solo un 3,4% no lo ejecuta.

Por otra parte, en los ítemes 13 y 17 referidos a si toma en cuenta si el dolor comienza incidentalmente y si valora las características del Dolor: si es punzante, quemante u opresivo, se observó que la mayoría de la población en estudio representado por el 3,4% si realiza estas acciones, y un porcentaje mayoritario representado por el 96,6% no lo hace.

En el ítem 15 se observo que el 90% de los profesionales de enfermería toma en cuenta el tiempo en que se produce el dolor y un porcentaje del 10% no lo hace. En cuanto a los ítemes 14 y 16 se observo que el 100% de la población objeto de estudio si toma en cuenta la persistencia del dolor y valora la localización del dolor.

Gráfico N° 3

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Causas, tipos, duración, tiempo, localización, Intensidad, características. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.



Fuente: Cuadro N° 3

Cuadro N° 4

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Aspectos psicológicos. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.

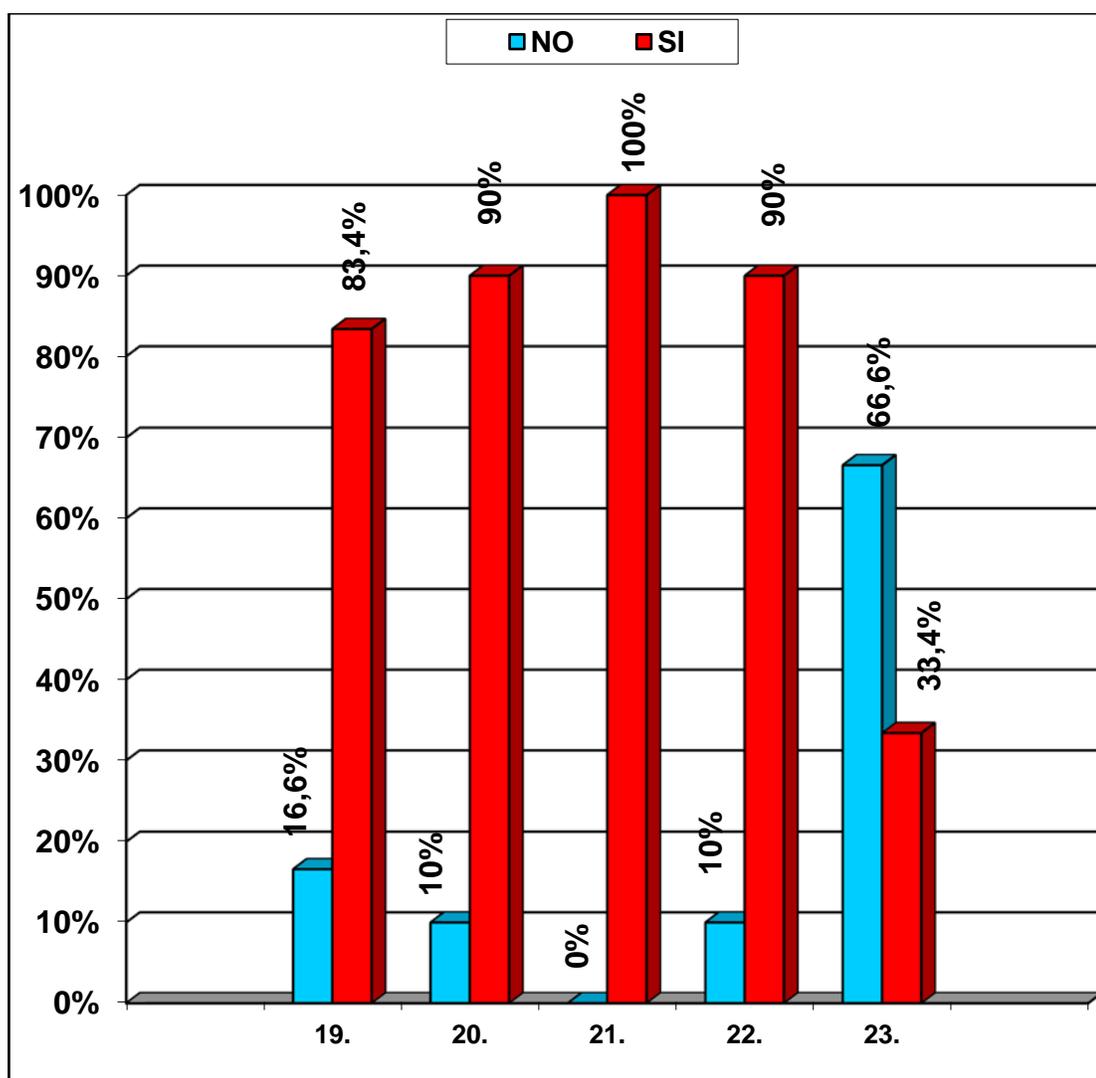
Ítemes	SÍ		NO		TOTAL	
	fa	%	fa	%	fa	%
19. ¿Toma en cuenta la ansiedad en el paciente como factor coadyuvante al dolor?	5	16,6	25	83,4	30	100
20. ¿Identifica signos que indican disminución de las actividades del paciente?	3	10	27	90	30	100
21. ¿Identifica alteración de las relaciones familiares?	0	0	30	100	30	100
22. ¿Identifica signos de insomnio en el paciente?	3	10	27	90	30	100
23. ¿Mantiene una comunicación terapéutica como método para calmar ansiedad?	20	66,6	10	33,4	30	100

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras (2013)

En el cuadro anterior, se pudo constatar que el profesional de enfermería en su mayoría no toma en cuenta la ansiedad en el paciente en un 83,4%, igualmente el 90% no identifica signos que indican disminución de las actividades del paciente... Respecto a la identificación de la alteración de las relaciones familiares el 100% no lo hace, en cuanto a la identificación de signos de insomnio un 90% no la realiza. En lo referente a si mantiene una comunicación terapéutica como método para calmar ansiedad el 66,6% si la mantiene, un porcentaje bastante alto representado por el 33,43% no la aplica.

Gráfico N° 4

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Aspectos psicológicos. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.



Fuente: Cuadro N° 4

Cuadro N° 5

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Aspectos Sociales y Espirituales. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.

Ítemes	SÍ		NO		TOTAL	
	fa	%	fa	%	fa	%
24. ¿Mantiene una comunicación terapéutica como muestra de apoyo?	30	100	0	0	30	100
25. ¿Valora la percepción del dolor en el paciente?	3	10	27	90	30	100
26. ¿Responde las preguntas que realiza el paciente sobre el dolor?	10	33,4	20	66,6	30	100
27. ¿Identifica signos de Irritabilidad como respuesta al dolor?	3	10	27	90	30	100
28. ¿Identifica la aceptación o negación del dolor que presenta el paciente?	2	7	28	93	30	100
29. ¿Actúa de manera inmediata para aliviar el dolor?	30	100	0	0	30	100
30. ¿Valora la intensidad del dolor mediante el uso de escalas?	0	0	30	100	30	100

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras (2013)

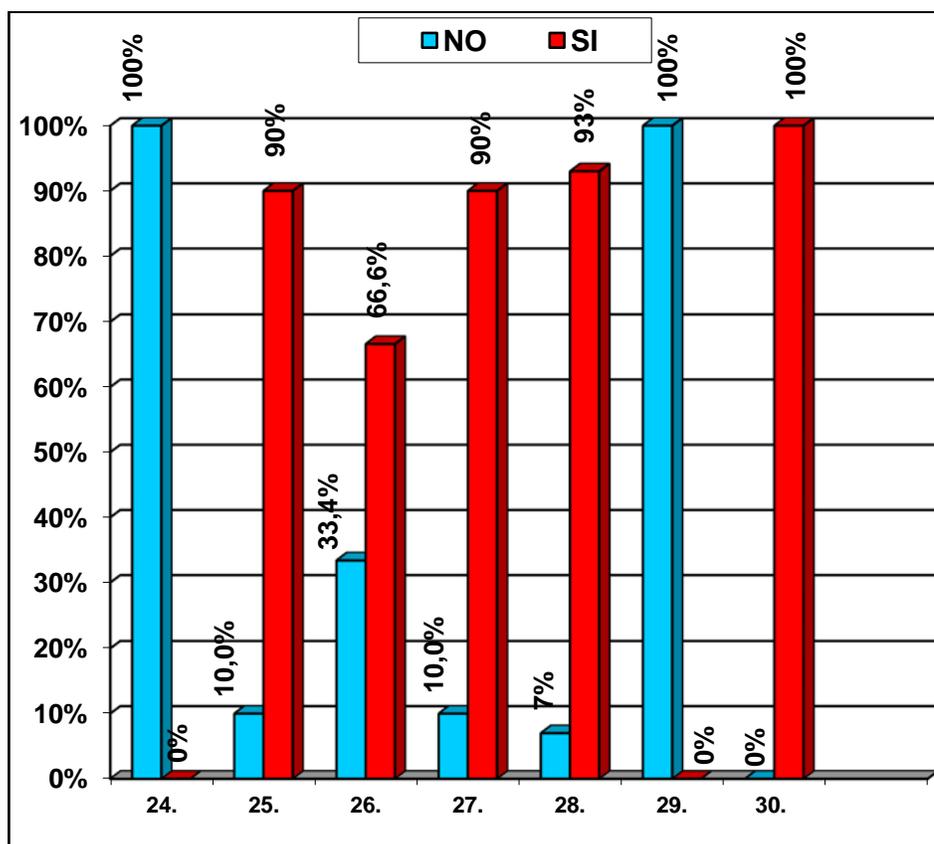
El cuadro N° 6, evidencia las observaciones realizadas al profesional de enfermería en la Unidad Médica del Hospital Padre Machado., en los ítemes 24 y 29 la totalidad de la población representada por el 100% de la misma mantiene una comunicación terapéutica como muestra de apoyo y actúa de manera inmediata para aliviar el dolor.

Por otro lado, en los ítemes 25 y 27 el 90% no valora la percepción del dolor en el paciente, ni identifica signos de Irritabilidad como respuesta al

dolor y un porcentaje minoritario del 10% si lo hace, así mismo el 33,4% si responde las preguntas que realiza el paciente sobre el dolor y el 66,6% no cumple con estas acciones, en el ítem 28 se pudo observar que el 93% no identifica la aceptación o negación del dolor que presenta el paciente y el 7% si lo hace. En el ítem 30 se observó que la totalidad de la población no valora la intensidad del dolor mediante el uso de escalas.

Gráfico N° 5

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de la Valoración. Subindicador: Aspectos Sociales y Espirituales. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.



Fuente: Cuadro N° 5

Cuadro N° 6

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento farmacológico. Indicador: Escala de Analgésicos de la OMS. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.

Ítemes	SÍ		NO		TOTAL	
	fa	%	fa	%	fa	%
31. ¿Administra AINES al paciente que presenta dolor leve?	18	60	12	40	30	100
32. ¿Administra los Opiodes débiles indicados en el dolor moderado?	30	100	0	0	30	100
33. ¿Administra los Opiodes fuertes o potentes indicados en el dolor intenso?	30	100	0	0	30	100
34. ¿Administra fármacos coadyuvantes para el alivio del dolor?	24	80	6	20	30	100
35. ¿Utiliza Placebos como técnica para aliviar el dolor?	18	60	12	40	30	100
36. ¿Administra los Analgésicos en horario fijo?	9	30	21	70	30	100
37. ¿Administra los analgésicos a demanda del paciente?	11	36,6	19	63,4	30	100
38. ¿Registra la administración de analgésico?	13	43	17	57	30	100
39. ¿Registra efectos deseados de los fármacos en los pacientes de manera individualizada?	0	0	30	100	30	100
40. ¿Registra efectos no deseados de los fármacos en los pacientes de manera individualizada?	14	46,6	16	53,4	30	100

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras (2013)

En el presente cuadro se observa la distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación al Tratamiento farmacológico. En su indicador: Escala de Analgésicos de la OMS. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado.

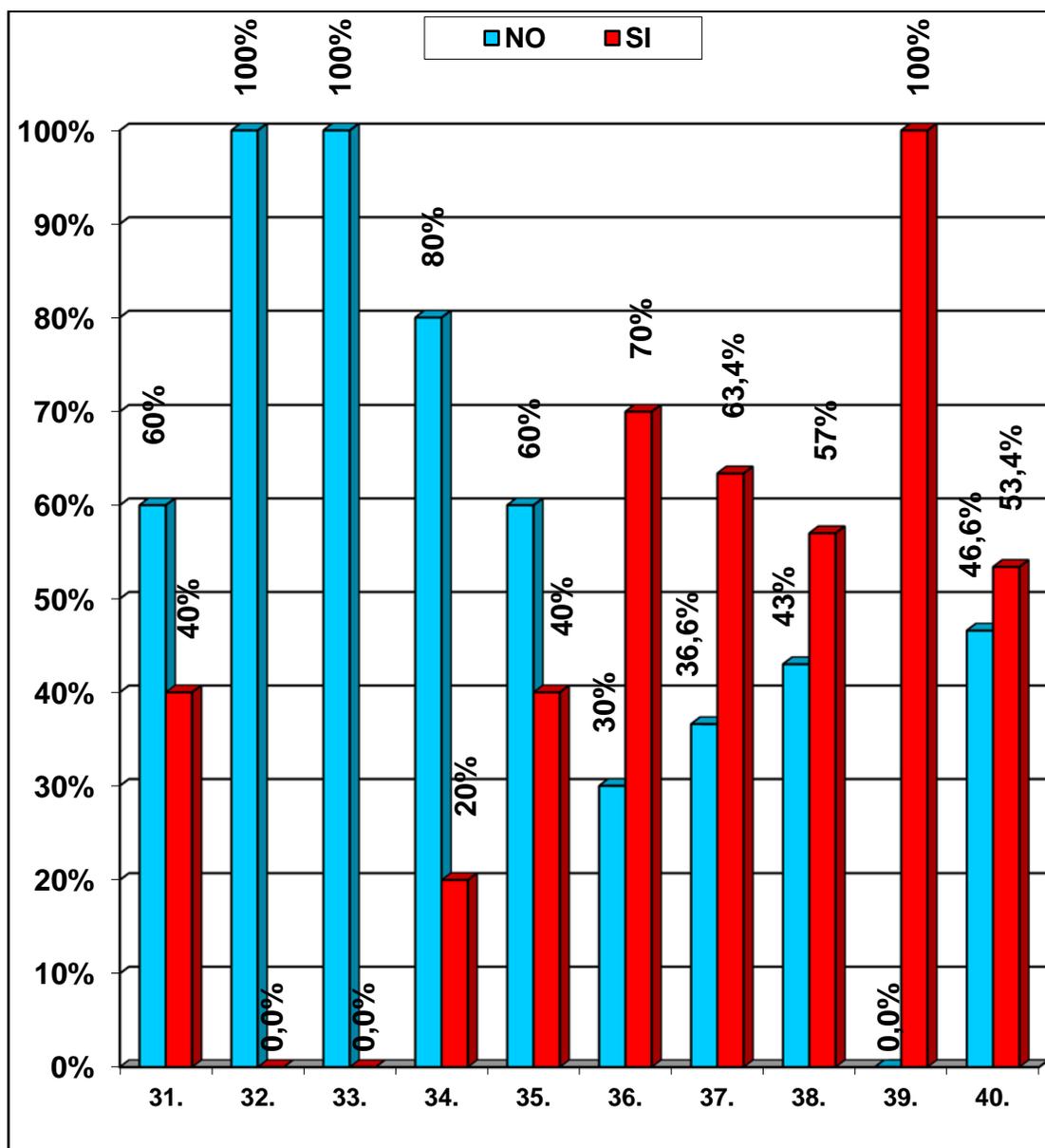
En los ítemes 31 y 35 se pudo evidenciar que el profesional de enfermería observado el 60% si administra AINES al paciente que presenta dolor leve y utiliza Placebos como técnica para aliviar el dolor, mientras que el 40% no realiza estas acciones. En los ítemes referidos a si el profesional administra los Opiodes débiles indicados en el dolor moderado y Opiodes fuertes o potentes indicados en el dolor intenso (32-33) la totalidad de la población (100%) si lo administra. El ítem 34 refiere que el profesional de enfermería administra fármacos coadyuvantes para el alivio del dolor en un 80% y un 20% no lo hace.

Por otro lado, el 30% administra analgésicos de horario fijo y un porcentaje elevado del 70% no los administra, el 36,6% si administra los analgésicos a demanda del paciente y un porcentaje relativamente alto representado por el 63,4% no lo hace.

En cuanto, al registro de la administración de los analgésicos un porcentaje minoritario de la población representado por el 43% realiza esta actividad, y un 57% no registra esta acción. Así mismo el total de la población observada no registra los efectos deseados de los fármacos en los pacientes de manera individualizada y el 46,6% registra efectos no deseados de los fármacos en los pacientes de manera individualizada y el 53,4% restante no lo registra.

Gráfico N° 6

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento farmacológico. Indicador: Escala de Analgésicos de la OMS. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.



Fuente: Cuadro N° 6

Cuadro N° 7

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento no farmacológico. Indicador: Medidas ambientales y organizativas. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.

ítemes	SÍ		NO		TOTAL	
	fa	%	fa	%	fa	%
41. ¿Educa al enfermo promoviendo potenciales de apoyo?	13	43	17	57	30	100
42. ¿Favorece a un entorno armonioso?	30	100	0	0	30	100
43. ¿Educa a los familiares, promoviendo potenciales de apoyo para favorecer al paciente?	15	50	15	50	30	100
44. ¿Enseña al paciente técnicas de relajación?	0	0	30	100	30	100
45. ¿Altera la percepción del dolor, utilizando métodos de distracción para el paciente?	0	0	30	100	30	100

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras (2013)

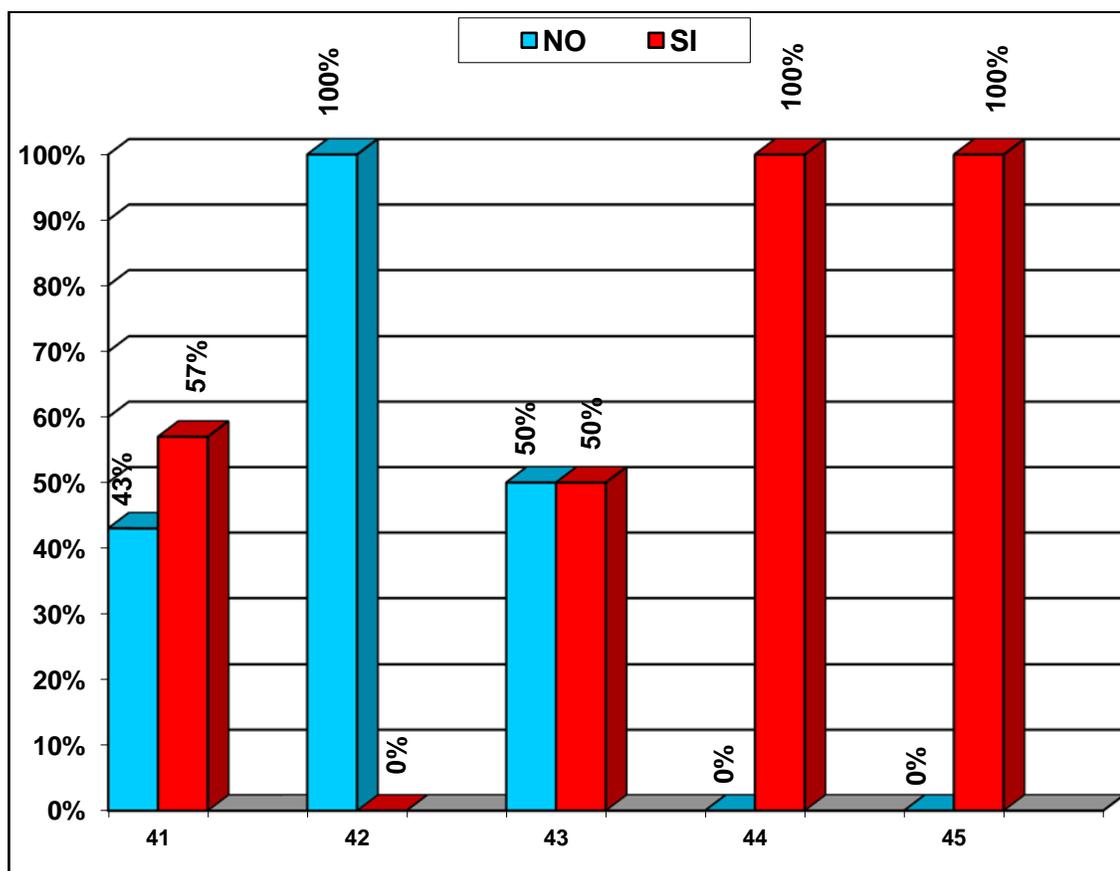
En el presente cuadro se muestran la distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento no farmacológico. Indicador: Medidas ambientales y organizativas. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado.

En el ítem N° 41 se indago si el profesional de enfermería educa al enfermo promoviendo potenciales de apoyo se pudo evidenciar que el 43% si lo hace y el 57% no lo hace. En el ítem 42 se observó que el 100% de la población objeto de estudio si favorece a un entorno armonioso, en el ítem

43 se pudo evidenciar que el 50% si educa a los familiares, promoviendo potenciales de apoyo para favorecer al paciente y el 50% restante no lo hace. Así mismo, se evidencio que la totalidad (100%) de la población objeto de estudio no enseña al paciente técnicas de relajación ni altera la percepción del dolor, utilizando métodos de distracción para el paciente (ítemes 44 y 45).

Gráfico N° 7

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento no farmacológico. Indicador: Medidas ambientales y organizativas. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.



Fuente: Cuadro N° 7

Cuadro N° 8

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento no farmacológico. Indicador: Medidas Físicas y Psicológicas. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.

Ítemes	SÍ		NO		TOTAL	
	fa	%	fa	%	fa	%
46. ¿Utiliza medidas físicas: la aplicación de Calor?	0	0	30	100	30	100
47. ¿Utiliza medidas físicas: la aplicación de Frío?	0	0	30	100	30	100
48. ¿Utiliza medidas físicas la aplicación de Masajes?	0	0	30	100	30	100
49. ¿Utiliza medidas físicas: aplicación del mentol?	0	0	30	100	30	100
50. ¿Trabaja en conjunto con la familia para el uso de medidas psicológicas que contribuyan al alivio del dolor?	1	3,4	29	96,6	30	100

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras (2013)

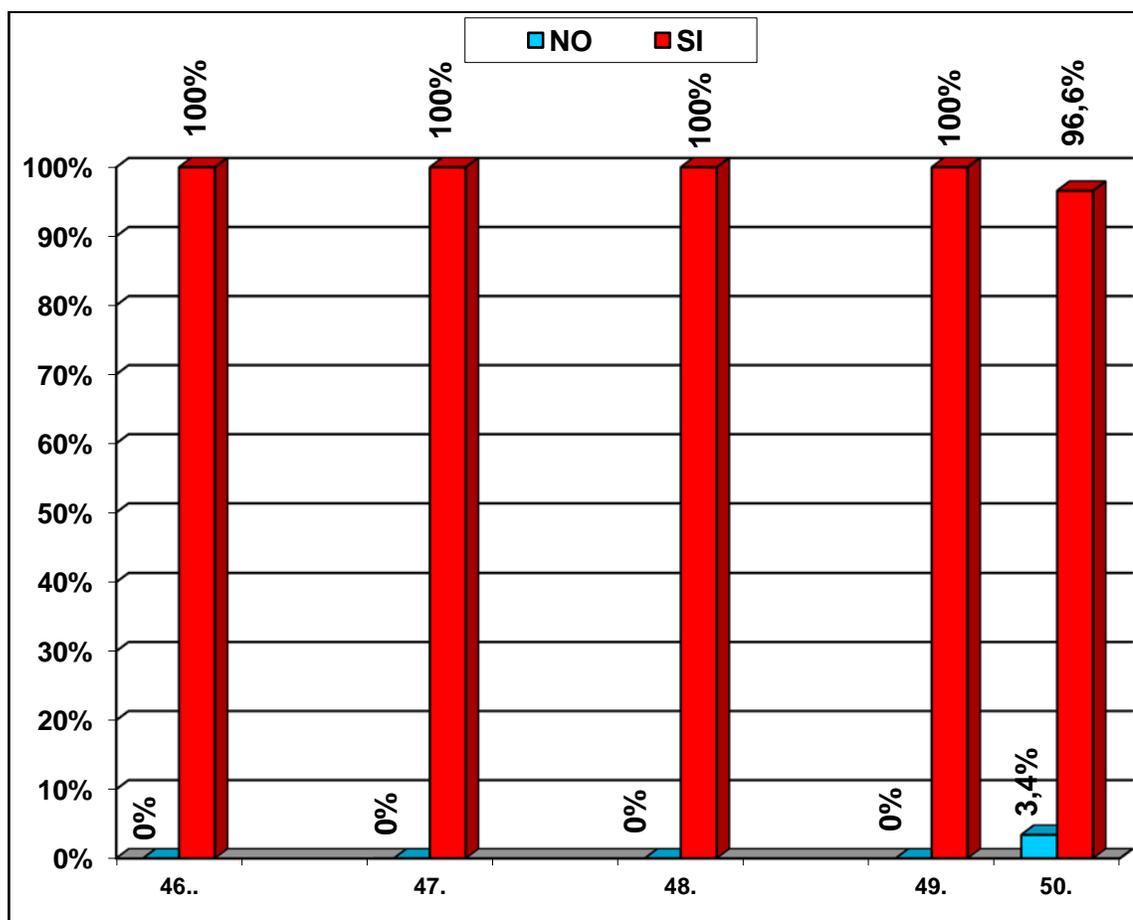
En el presente cuadro se evidencia la distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento no farmacológico. Indicador: Medidas Físicas y Psicológicas. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado

En cuanto, a los ítemes 46, 47, 48 y 49 donde se observó si los profesionales de enfermería Utiliza medidas físicas: la aplicación de Calor, medidas físicas: la aplicación de Frío, medidas físicas la aplicación de Masajes y medidas físicas: aplicación del mentol la totalidad de la población representada por el 100% no cumple con ninguna de las medidas mencionadas. Y en el ítem N° 50 se pudo evidenciar que un porcentaje

mayoritario representado por el 96,6% no trabaja en conjunto con la familia para el uso de medidas psicológicas que contribuyan al alivio del dolor, un 3,4% si lo hace.

Gráfico N° 8

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca del Tratamiento no farmacológico. Indicador: Medidas Físicas y Psicológicas. Unidad Médica de Adultos del Hospital Padre Machado en Primer trimestre del 2013.



Fuente: Cuadro N° 8

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. Los profesionales de enfermería observados en su mayoría (96,6 / 73%), cumplen con la valoración de las conductas del dolor en cuanto a gemidos, llanto y posiciones antálgicas.
2. Por otra parte, se observó que la población objeto de estudio cumple con las acciones de valoración cardiológica, respiratoria del dolor.
3. Se evidencia que los profesionales de enfermería en relación al indicador valoración del dolor entre un 63 y 100%, toman en cuenta desde su aparición hasta su intensidad, no obstante no valoran el estadio de la enfermedad y su incidencia con un porcentaje del 3,4 al 16,6%, siendo un área de cuidado en la cual hay que hacer énfasis, ya que el dolor en los pacientes en que el estadio de la enfermedad esta en fase terminal alcanza una incidencia del 75%- 85%, donde el tratamiento curativo no responde, y los cuidados deben estar encaminados al control del dolor, el apoyo psicosocial y emocional del enfermo.
4. Así mismo se evidencia en relación al indicador Valoración del dolor que el 100% de la población en estudio no utiliza escalas como métodos para valorar el dolor en el paciente, siendo fundamental para estimar de una forma más objetiva el dolor.
5. En cuanto al indicador aspecto psicológicos se pudo observar que el profesional de enfermería no toma en cuenta la ansiedad ni identifica los signos de disminución de las actividades e insomnio, la alteración de las relaciones familiares y mantiene poca comunicación

terapéutica (83,4%/100%); siendo los aspectos psicológicos y espirituales, dimensiones del dolor que no se pueden desligar, del aspecto físico, donde la información, asesoramiento, educación, y apoyo para el paciente y sus familiares, es necesario para un control adecuado del dolor.

6. Entre el 60% y 100% del personal observado consideran los criterios esenciales para la administración del fármaco. Sin embargo entre el 63/70% de este personal omite un criterio importante como es la hora fija de la administración del fármaco y el registro de los efectos de los mismo de manera individualizada. Donde se debe conocer al administrar un analgésico, que se debe mantener una concentración constante del medicamento, para permanecer en la zona de analgesia, lo cual se logra administrando el medicamento a horas precisas (de acuerdo a la vida media del medicamento), nunca solo si hay dolor (S.O.S). Del mismo modo enfermería de registrar, documentar la evolución del paciente, y la consecución de los resultados previstos.
7. Así mismo, se observó que el profesional de enfermería objeto de estudio no cumple con las medidas ambientales y organizativas referidas a la educación del pacientes y sus familiares en el alivio del dolor.
8. En cuanto, a la utilización medidas físicas: se observó que el 100% los profesionales de enfermería no cumple con ninguna de las medidas necesarias para el alivio del dolor.
9. Observadores evidenciaron con la investigación la necesidad, viabilidad, conveniencia de estandarizar y mejorar los cuidados de los profesionales de Enfermería aplicados a los pacientes con Dolor Oncológicos, que se hospitalizan en la unidad de Oncología médica de Adultos.

Recomendaciones

- ❖ Informar a las autoridades del Hospital Padre Machado los resultados de la investigación.
- ❖ Sensibilizar al profesional de enfermería sobre la importancia del cuidado al paciente oncológico hospitalizado mediante cursos, talleres y actualización continua.
- ❖ Presentar ante la Gerencia del centro de salud la propuesta de estos talleres y cursos con el fin de mejorar la calidad de la atención del paciente oncológico.
- ❖ Realizar estudios de investigación de mayor complejidad a fin de establecer relaciones causales y explicativas.
- ❖ Estandarizar los cuidados de Enfermería incluyendo el concepto de Dolor Total, entendiendo, que no se puede separar en esta enfermedad, el dolor físico, de lo sensorial y emocional, se debe abarcar el dolor en todas sus dimensiones.
- ❖ Tomar en cuenta el tratamiento no farmacológico; como cuidados en lo que existe una amplia gama de alternativas que deben ser profundizadas por el profesional de Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Alvarado, E; Canales, F.; y Pineda, E. (1994) **Metodología de la Investigación**. Material Cimeográfico.
- Arias, F. (2006). **El Proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica**. (5ta edición.) Caracas: Episteme.
- Arocha, J. (2007). **Consenso Nacional sobre el Dolor Neuropático**. (Libro en línea) (4ª edición.) Editorial Aved (Asociación Venezolana Para El Estudio Del Dolor). Disponible en www.aved.org/index. (consulta: 2012 Marzo 18).
- Arroyo, J, y otros. **Estudio Clínico Epidemiológico del Dolor en Venezuela**. Disponible en www.aved.org/index.
- Astudillo, W., Mendinueta, C, y S. Gabilondo (1998) **Principios básicos para el control del dolor total**. R e v. Soc. Esp. Dolor 6: 29-40,(Revista en línea).Disponible www.paliativossinfronteras.com/ (consulta: 2012 Marzo 18).
- Barzallo,C., y Vallejo M. **Una nueva definición del dolor neuropático y un nuevo enfoque para guiar su diagnóstico. Volumen 8, Número 1, 2012**. Disponible en www.revistaiberoamericanadedolor.org/ (consulta: 2012 Marzo 18).
- Cabriles, J.; Ríos Z. y Machado, Z (2008). **Unidad de Cuidados Paliativos como Alternativa de Hospitalización en el Hospital Universitario de Caracas**. (Resumen en línea).Trabajo especial de grado, Universidad Central de Venezuela. Disponible <http://www.vitae.ucv.ve>. (consulta:2012 Marzo 22).
- Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela (1999). Editorial Mora Bello. Caracas.
- Drane, J. **El Cuidado del Enfermo Terminal**. Publicación Científica, Washington. EUA.1999;55 (3)10-16.
- Dugas, V. (1996) **Enfermería practica**. Editorial Mc Graw Hill. México.
- Durón, F y Cols. **Importancia del Cuidado Domiciliario del Paciente en Fase Terminal** . Rev. Semergen 2004; 25 (5); 406-407
- Estrada I. y González M. V (2005), **Cuidados Paliativos Proporcionados**

por el Profesional de Enfermería al Enfermo Oncológico en Fase Terminal en las Unidades Clínicas de Medicina I, II Y III del Hospital Universitario de Caracas. (Resumen en línea). Trabajo especial de grado, Universidad Central de Venezuela Disponible <http://www.vitae.ucv.ve> (consulta: 2012 Marzo 22).

Herdman, H. (2009-2011); **NANDA International, Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2009-2011.** Editorial EISEVIER.

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006) **Metodología de la Investigación.** (4ª edición.) Editorial Mc Graw Hill. México.

Hurtado, J. (2006). **El Proyecto de Investigación.** (4ª edición.) Editorial Ediciones Quirón Sypal. Bogotá.

Hurtado, J. (2008). **El Proyecto de Investigación.** (6ª edición.) Editorial Ediciones Quirón Sypal. Bogotá.

Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería, (Decreto n° 3.217). (2005, septiembre 1). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 3.217 (Extraordinario), Septiembre 1, 2005.

López, E.,(2003), **Enfermería de Cuidados Paliativos.** (4ª edición.) Editorial Panamericana.

Luckmann, J., (2000), **Cuidados de Enfermería, Saunders. Vol. 1.** (1ª edición.) Editorial Mc Graw Hill. México.

Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. (4ª edición.) Reimpresión 2010. Editorial FEDUPEL.

Norma Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos 2009. (Libro en línea) Disponible en www.redcronicas.cl/index (consulta:2012, Marzo 18).

Organización Mundial de la Salud. Reporte sobre el cuidado paliativo. 1999. Disponible: <http://www.salud.médica.com>. (consulta: 2012 Marzo 18).

Panheuft, M. (1993) **Cuidados de Enfermería.** Editorial Mc Graw Hill. México.

Pérez, A. (2009) **Guía Metodológica para Anteproyectos de Investigación.** (3ª edición.)Editorial FEDUPEL.

- Rodríguez, M. J y otros (2006). **Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España.** Disponible <http://www.revista.sedolor.es> (consulta: 2012 Marzo 22).
- Sánchez, Yadira; Gásperi Romero, Rafael. **Programa educativo de atención domiciliaria en cuidados paliativos dirigidos al cuidador informal de enfermos en estado terminal.** Disponible en <http://www.index-f.com>. (consulta 22-03-2012).
- Sociedad Anticancerosa. **Estadística de las enfermedades en Etapa Terminal, principales causa de muerte en Venezuela 2005.** Caracas: Venezuela, Sociedad Anticancerosa; 2006.
- Tamayo Y Tamayo (2001) **El Proyecto de Investigación.** Editorial científica. México.
- Troncoso Marcelo y otros (2003). **Evaluación del manejo del dolor y factores asociados en usuarios adscritos al policlínico del dolor y cuidados paliativos del hospital Herminda Martin de Chillan Chile.** Disponible en [http:// www.rua.ua.es/](http://www.rua.ua.es/) (consulta:2012 Marzo 22).
- Vanegas de Ahogado y otros (2008). **Experiencias de Profesionales de Enfermería en Terapias Alternativas y complementarias aplicadas a personas en situaciones de dolor.** Disponible en [http:// www.index-f.com/](http://www.index-f.com/) (consulta: 2012 Marzo 22).
- Vargas, G., y Esposito, G. (1999) **Dolor y Cuidados Paliativos en Oncología, Evaluación, Manejo y Tratamiento.** Editorial Expansión científica G&S C.A.

Anexos

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION
CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES
CON DOLOR ONCOLÓGICO, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD
MÉDICA DE ADULTOS DEL HOSPITAL PADRE MACHADO
EN 1er SEMESTRE DEL 2012.**

AUTORAS:

Andarcia Joselin.
Rivas Rosa
Rojas Diana.

Caracas, Enero 2013

Guía de Observación

Ítem	Los cuidados aplicados al paciente con dolor oncológico por el profesional de enfermería son los siguientes:	Obser 1		Obser 2		Obser 3	
		si	No	si	No	si	No
1	¿Valora conductas de dolor: Gestos faciales, gemidos, llantos?						
2	¿Valora conductas de dolor: posiciones antálgicas?						
3	¿Valora la correlación fisiológica de la constante vital: F.C. En la presencia de dolor?						
4	¿Valora la correlación fisiológica de la constante vital: T.A en la presencia de dolor?						
5	¿Valora la correlación fisiológica de la constante vital: temperatura corporal en presencia de dolor?						
6	¿Valora la correlación fisiológica de la constante vital: Respiración en la presencia de dolor?						
7	Registra signos vitales como soporte de los valores obtenidos durante la valoración?						
8	¿Valora la coloración de la piel en el sitio que el paciente presenta el dolor ?						
9	¿En la valoración del dolor toma en cuenta el tipo de patología oncológica?						
10	¿En la valoración del dolor toma en cuenta el estadio de la enfermedad?						
11	¿En la valoración del dolor toma en cuenta las posibles causas?						
12	¿Toma en cuenta la duración del dolor en el paciente?						
13	¿Toma en cuenta si el dolor comienza incidentalmente?						
14	¿Toma en cuenta la persistencia del dolor?						
15	¿Toma en cuenta el tiempo en que se produce el dolor ?						
16	¿Valora la localización del dolor?						
17	¿Valora las características del Dolor: si es punzante, quemante u opresivo?						
18	¿Valora si el dolor se irradia?						

19	¿Toma en cuenta la ansiedad en el paciente como factor coadyuvante al dolor?						
20	¿Identifica signos que indican disminución de las actividades del paciente?						
21	¿Identifica alteración de las relaciones familiares?						
22	¿Identifica signos de insomnio en el paciente?						
23	¿Mantiene una comunicación terapéutica como método para calmar ansiedad?						
24	¿Mantiene una comunicación terapéutica como muestra de apoyo?						
25	¿Valora la percepción del dolor en el paciente?						
26	¿Responde las preguntas que realiza el paciente sobre el dolor?						
27	¿Identifica signos de Irritabilidad como respuesta al dolor?						
28	¿Identifica La aceptación o negación del dolor que presenta el paciente?						
29	¿Actúa de manera inmediata para aliviar el dolor?						
30	¿Valora la intensidad del dolor mediante el uso de escalas?						
31	¿Administra AINES al paciente que presenta dolor leve?						
32	¿Administra los Opiodes débiles indicados en el dolor moderado?						
33	¿Administra los Opiodes fuertes o potentes indicados en el dolor intenso?						
34	¿Administra fármacos coadyuvantes para el alivio del dolor?						
35	¿Utiliza Placebos como técnica para aliviar el dolor?						
36	¿Administra los Analgésicos en horario fijo?						
37	¿Administra los analgésicos a demanda del paciente?						
38	¿Registra la administración de analgésico?						
39	¿Registra efectos deseados de los fármacos en los pacientes de manera individualizada?						
40	¿Registra efectos no deseados de los fármacos en los pacientes de manera						

	individualizada?						
41	¿Educa al enfermo promoviendo potenciales de apoyo?						
42	¿Favorece a un entorno armonioso?						
43	¿Educa a los familiares, promoviendo potenciales de apoyo para favorecer al paciente?						
44	¿Enseña al paciente técnicas de relajación?						
45	¿Altera la percepción del dolor, utilizando métodos de distracción para el paciente?						
46	¿Utiliza medidas físicas: la aplicación de Calor?						
47	¿Utiliza medidas físicas: la aplicación de Frío?						
48	¿Utiliza medidas físicas la aplicación de Masajes?						
49	¿Utiliza medidas físicas: aplicación del mentol?						
50	¿Trabaja en conjunto con la familia para el uso de medidas psicológicas que contribuyan al alivio del dolor?						

CONFIABILIDAD. ACUERDO INTEROBSERVADORES A0

ítem	Observador 1		Observador 2		Total	
	SÍ	NO	SÍ	NO	Acuerdos	Desacuerdos
1	*		*		*	
2	*			*		*
3	*		*		*	
4	*		*		*	
5	*		*		*	
6	*		*		*	
7		*		*	*	
8		*	*			*
9		*		*	*	
10		*		*	*	
11	*		*		*	
12	*		*		*	
13	*		*		*	
14		*		*	*	
15		*		*	*	
16		*		*	*	
17		*		*	*	
18		*		*	*	
19		*		*	*	
20		*		*	*	
21		*		*	*	
22		*		*	*	
23		*		*	*	
24		*		*	*	
25		*		*	*	
26	*		*		*	
27	*			*		*
28	*		*		*	
29	*		*		*	
30	*		*		*	
31	*		*		*	
32		*		*	*	
33		*	*			*
34		*		*	*	
35		*		*	*	

36	*		*		*	
37	*		*		*	
38	*		*		*	
39		*		*	*	
40		*		*	*	
41		*		*	*	
42		*		*	*	
43		*		*	*	
44		*		*	*	
45		*		*	*	
46		*		*	*	
47		*		*	*	
48		*		*	*	
49		*		*	*	
50		*		*	*	

AO

El número de acuerdos

Número de acuerdos + número de desacuerdos

$$AO \quad 46 \quad = \frac{46}{46 + 4} = 0,92$$