

Actualización sobre el dolor y cuidados paliativos en Chile

Autora: Marcela Ragni Vargas

Licenciada en Enfermería y Diplomada en Pedagogía en Educación Superior y Metodología Syllabus.

E-mail de contacto: marcela@rodriguezehijos.cl

Resumen

El dolor es el principal motivo de consulta. Acompaña, en forma importante, a numerosas patologías y situaciones, tales como: el acto quirúrgico; configurando la presentación del dolor agudo, la persistencia en el tiempo transforma el dolor en una situación de cronicidad lo que ocasiona repercusiones fisiológicas y psicológicas, mucho sufrimiento y un deterioro en la calidad de vida. Dentro del dolor crónico, encontramos el cáncer, que en nuestro país es la segunda causa de muerte, el 80% de estos pacientes, en una etapa avanzada, requerirá el ingreso al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, el cual se implantó en Chile en 1995, entregando asistencia total y activa al paciente-familia, cuando no existe esperanza de curación y el tratamiento se enfoca en dar una buena calidad de vida, satisface necesidades y otorga una muerte digna. La presente revisión bibliográfica, pretende entregar una breve actualización del Dolor, Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Chile, a través del análisis y reflexión en torno a resultados de Protocolos y Normas Ministeriales y publicaciones respecto al tema. En noviembre del año 2004, se instaura la evaluación del dolor, como el quinto parámetro vital; ¿cuál es su significado? Se incorpora el dolor a la rutina asistencial, como parte de los cuidados de enfermería habituales, su consecuencia obvia es mitigarlo, para lograr el bienestar, satisfacción y confianza del usuario.

Palabras clave: alivio; dolor; cuidados; paliativos.

Update on pain and palliative care in Chile

Pain is the most frequent cause for consultation at a medical office. Pain is often importantly accompanied by multiple pathologies and situations such as: surgery in the form of acute pain, persistence in time transforming such pain into a chronic situation. This chronicity of pain has physiological and psychological repercussions causing a lot of suffering and a deterioration of quality of life. As part of chronic pain, we find cancer, which in our country is the second cause of death. 80% of these patients in an advanced stage, will require admission into the Palliative Care and Pain Relief program, which was started in Chile in 1995. The aim of this program is to provide total and active healthcare to the patient/family when there is no hope for cure and the treatment consists in providing good quality of life, meeting patient needs and a dignified death. This bibliographic review aims to provide a brief update on pain, pain relief, and palliative care in Chile, through an analysis and reflexion based on the results of protocols and regulatory rules as well as from publications pertaining to the matter subject. In November 2004, the evaluation of pain was started as the fifth vital parameter: what is its significance? What does pain mean for routine nursing practice? Is it part of routine care? The logical aim and the fundamental nursing role is to alleviate pain to achieve patient comfort and improved quality of life of the patient.

Key words: relief; pain; palliative care.

INTRODUCCIÓN

El dolor es el principal motivo de consulta, acompaña a numerosas patologías y situaciones como el acto quirúrgico; configurando la presentación del dolor agudo, la persistencia en el tiempo lo transforma en una situación de cronicidad, como en el paciente con cáncer, ocasionando repercusiones fisiológicas, psicológicas y mucho sufrimiento. La enfermera se ve enfrentada diariamente al dolor que sufren muchos pacientes, siendo actualmente una obligación, entregar calidad en la atención de salud y para esto se deberá tener, un manejo adecuado de este fenómeno. La presente revisión bibliográfica tiene como propósito, elaborar una breve actualización del tema: "Dolor, Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos", de acuerdo con las normas y protocolos vigentes del Ministerio de Salud de Chile. Ésta se llevó a cabo, a través de la presentación de un resumen en torno al tema, considerando las normas y protocolos ya aludidos, además del análisis de textos y documentos, pensando en que la verdadera epidemia en nuestra cultura, actualmente, no eran la enfermedades físicas del corazón, sino la enfermedad emocional y espiritual; la soledad, aislamiento y sensación de abandono en el que quedan los pacientes con dolor severo, enfermedad terminal o cáncer avanzado.

En la primera parte de este trabajo, definiremos el dolor, veremos que el dolor es un mecanismo indispensable para mantener la integridad del organismo y evitar su daño, según su avance, el dolor se convierte en un elemento de agresión, con un deterioro impresionante calidad de vida del que lo sufre (Rico, 2005). Posteriormente se clasificará, el dolor por su evolución, origen e intensidad, según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. Más adelante veremos que toda persona que presente una enfermedad oncológica de avance progresivo, con un pronóstico vital breve, donde su asistencia, que era orientada inicialmente hacia la prevención y curación, se transformará a su ingreso al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. En alivio de los síntomas físicos, psicológicos, con entrega de apoyo emocional y cuidado continuo de la unidad paciente-familia; contribuyendo a paliar las necesidades y otorgar una muerte digna, el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL,1998), señala además aspectos importantes de la valoración y evaluación del dolor, ya que en nuestro país este parámetro es considerado un quinto signo vital a valorar, con el uso de escalas objetivas según grupo etáreo, como la Escala Visual Análoga (EVA). En su parte final, en síntesis, se nombran pasos del manejo de la terapia o esquema terapéutico y la necesidad de introducir al paciente al uso de terapias no tradicionales o "métodos no drogas", con la simple idea de mantenerlo activo, promover su independencia y autonomía para el autocuidado.

DOLOR

Aristóteles definió el dolor como una "pasión del alma", para otros fue una posesión o es una experiencia psicosomática. El MINSAL (2005) cita a la Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP) la cual define el dolor como: "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial".

El dolor constituye un mecanismo fisiopatológico indispensable para mantener la integridad del organismo y evitar su daño, es un sistema de alarma ante agresiones de distinta etiología, lo que concuerda con Abram (1995) y Rico (2005), el dolor es una sensación desagradable que ocurre como respuesta a una lesión de los tejidos, permitiendo reducir al mínimo la lesión (en caso de dolor agudo). Este mecanismo de defensa puede ser de duración breve, con una intensidad mayor al comienzo y que evoluciona a la remisión.

Rico (2005) indica que existen elementos que participan en una experiencia dolorosa, estos son:

- Un factor gatillador de la señal de nociceptiva desde los tejidos.



- Procesamiento de la señal en el SNC, influida por factores cognitivos, pensamientos, ideas y condicionamientos, que dan como resultado la “experiencia dolorosa”.
- Expresión del dolor (conducta dolorosa) la cual puede ser verbal, motora o autonómica.
- Otros condicionantes, como factores familiares, socioeconómicos, culturales o religiosos.

No todos perciben el estímulo doloroso de la misma forma y por tanto la interpretación y la reacción ante el dolor también varía, además según la personalidad, el estado de ánimo y la memoria de dolores presentados con anterioridad, tal cual como lo describe Sánchez (2002) basándose en fundamentos teórico, considera al paciente como producto de la interacción de su personalidad y de sus valores sociales aprehendidos, lo que genera una respuesta individual, cataloga al dolor, como un concepto abstracto, con una sensación personal y privada de daño.

En el caso del dolor asociado a cirugía, se produce una respuesta de estrés sistémica que hace más vulnerable a los pacientes a todo tipo de complicaciones; alteraciones pulmonares; disminución de la capacidad vital por lo que hay menor movilización de secreciones contribuyendo a atelectasias y neumonía, alteraciones de la coagulación con aumento de la actividad plaquetaria, desencadenando fenómenos tromboticos (TVP), alteraciones hidroelectrolíticas, aumento del tono vesical lo que provoca retención urinaria.

El dolor, por lo tanto, en el caso de que sea agudo, pudiera ser efectiva su presencia pero se convertirá, según su avance, en un elemento de agresión, alterando la calidad de vida del que lo sufre y a diferencia, el dolor provocado por cáncer, no tiene ninguna utilidad y carece de pronóstico biológico, por lo que es indispensable que sea controlado.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (ACHED, 2004), el dolor se clasifica según evolución, origen e intensidad, existen otro tipos de clasificaciones que pueden ser vistas en Sánchez (2002) y Dagnino (1994).

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

Según tiempo de evolución:

Dolor agudo: tiene un inicio y un fin, puede ser permanente o incidental (¡alarma!) Se incluyen en éste: dolor postoperatorio, traumático y otros.

Dolor crónico: se perpetua por más de tres meses. Su característica patognómica no es sólo el tiempo de duración, sino la presencia de alteraciones psicológicas (impotencia, desesperanza) que condicionan la conducta dolorosa. Aquí el dolor no es un síntoma sino la enfermedad misma (Bejarano P, Jaramillo I, 1992). Dentro del dolor crónico se incluye: dolor no oncológico y oncológico, este último es de origen orgánico su connotación social nefasta del dolor por cáncer se exacerba por los temores del paciente ante la inminencia de su proceso de muerte.

Bónica (1994) discrepa aportando que el dolor en pacientes con cáncer terminal, tiene connotaciones de dolor crónico resultante de la progresión de la enfermedad y a veces también de dolor agudo causado por condiciones patológicas relacionadas con éste. El MINSAL (1999), clasifica al dolor por cáncer, como dolor agudo “de larga duración” y se diferencia por el proceso de duelo que vivirá el paciente.

Según origen:

Dolor somático: generado por la activación de nociceptores en la piel, hueso, articulaciones y músculos. Es bien definido y localizado (metástasis ósea). Rico (2005) destaca al dolor de origen musculoesquelético como el más frecuente en Salud Pública.



Dolor visceral: generado por compresión o falta de irrigación, es referido y localizado (metástasis pulmonar, hepática).

Dolor neuropático: se produce en relación a fibras nerviosas por compresión, irritación, invasión tumoral o lesión postquirúrgica. Referido como quemante en el territorio del nervio afectado (dolor fantasma).

Según intensidad: *Leve*, EVA (1 y 3); *Moderado*, EVA(4 y 6); *Severo* EVA (7 y 10)

El MINSAL (1998) cita a Saunders y Tycross (1990) dando a conocer otro término: “Dolor total”, el que sería inducido por la conducta dolorosa del paciente terminal, integrando el estímulo físico nocivo, junto con los factores psicológicos, sociales y espirituales y otros componentes como la depresión, rabia, ansiedad. Existe en la literatura múltiples teorías en relación al dolor, el trabajo realizado por Sánchez (2002), comenta algunas de las teorías existentes, las cuales buscan llevar el dolor, a un fenómeno de experiencia total y compleja, su comprensión hará relacionar, explicar y anticiparse, considerándolo como una respuesta social cotidiana.

CUIDADOS PALIATIVOS

En 1982 la Organización mundial de la Salud (OMS) se orienta hacia programas del control del cáncer, siendo “El alivio del dolor y los cuidados paliativos oncológicos uno de los tres programas prioritarios de la OMS”. Programa que se inicia en Chile en 1995. Cáncer avanzado se define a la enfermedad oncológica avanzada y en progresión; sin evidencia clínica de respuesta hacia la remisión completa, curación o mejoría. (MINSAL, 2005).

Enfermedad oncológica en etapa avanzada: se preferirá este término al de “terminal”, para hacer referencia a la presencia de una enfermedad grave, progresiva y en la que no existan posibilidades de respuesta a un tratamiento específico, asociada a numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples y cambiantes (MINSAL,2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) refiere que el dolor oncológico se determina en gran parte por la extensión de la enfermedad, un 80% de estos pacientes presenta dolor tipo mixto, como causa: 78% en relación al tumor; metástasis ósea, compresión nerviosa y afección visceral y el 19% se relaciona con el tratamiento quirúrgico, antineoplásico y analgésico indicado. Se agregan síntomas no dolorosos o “síntomas secundarios o asociados al avanzado estado o al curso de la enfermedad oncológica” como: insomnio, depresión, delirio o estado confusional, náuseas, vómitos, estreñimiento, tos, anorexia, astenia, hipo, disnea, úlceras por presión, etc., que requieren tratamiento y cuidados específicos (Orellana, 2003).

La norma de Enfermería se refiere a los cuidados paliativos, aludiendo a “que su foco de atención, es la unidad paciente-familia, siendo las atenciones organizadas entre el paciente, su familia y el equipo, para establecer en conjunto como, cuándo y cuántos cuidados; sin acelerar la muerte ni tampoco prolongar la agonía” (MINSAL, 1998). Por su parte, el MINSAL (1999) cita a Tycross, expresando que: los cuidados paliativos son definidos como la asistencia total y activa al paciente y familia (...), cuando no hay esperanza de curación y el tratamiento se enfoca en dar una buena calidad de vida, satisfaciendo las necesidades fisiológicas, sociales, espirituales y otorgar una muerte digna. Estos cuidados deben ser individuales e integrales, únicos para cada paciente. La palabra Paliar, deriva de latín Pallium: manto, al saber su significado, esperemos no sólo cubrir el dolor del enfermo, si no además, que la enfermera cubra con un manto de ternura, comprensión y humildad a su paciente y familia, durante todas las etapas de la enfermedad hasta el duelo, dando siempre continuidad en la atención.



Guiándonos por las palabras, de los que describen los cuidados paliativos con un aspecto más espiritual, está Bermejo et al (1999) el cual cita a Santi donde coinciden en que los hombres nos preocupamos no sólo de curar a quien está enfermo, sino también de cuidar con amor a quien no puede ser curado. Las bases de la terapéutica paliativa según Santi, poseen elementos propios de la humanización, como son la atención integral, consideración del enfermo y la familia, la promoción de la autonomía y dignidad del enfermo, concepción terapéutica activa y la importancia de los ambientes de salud. Todas estas aproximaciones holísticas de los cuidados paliativos, no sólo requerirán de la enfermera, su intervención es de un equipo multidisciplinario, que se complementen en su forma de pensar y actuar.

SÍNTESIS DEL PROGRAMA

El protocolo AUGE de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Cáncer Avanzado (2004) se ha propuesto como objetivo: mejorar la calidad de vida y contribuir a la muerte digna de los pacientes con cáncer en etapa avanzada, en los cuales las posibilidades curativas se han agotado, derivándose a su hogar, con alivio del dolor y alivio de síntomas naturales del avance de la enfermedad. En la Atención con Garantías se describe: “Las personas con cáncer avanzado diagnosticado, ingresarán a la Unidad de Cuidados Paliativos para evaluación del dolor y otros síntomas, realizado por un equipo especializado multiprofesional” MINSAL (2004). La atención de los pacientes con cáncer avanzado (terminal) se efectúa según lo establecido en las Normas Generales Técnicas N° 31 y 32, “Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos a pacientes con Cáncer Terminal” y “Norma de Enfermería para AD y CP” del Ministerio de Salud, donde están contenidos los protocolos del tratamiento del dolor por cáncer y control de otros síntomas. Las unidades del dolor por cáncer y cuidados paliativos (AD y CD), 41 actualmente en Chile, como se indica en, MINSAL (2005), se ubican en el nivel secundario de atención de cada Servicio de Salud, el cual comprende atención ambulatoria y hospitalización cerrada, desde aquí, el especialista, debe derivar al paciente hacia la atención primaria, el cual debe ser ingresado antes de cinco días de su derivación (Garantía AUGE de Acceso y Oportunidad), no existe ingreso por demanda espontánea. Si el paciente no trae tratamiento farmacológico, será atendido por el médico, si trae tratamiento, recibirá atención por la enfermera, debiendo realizar evaluación del dolor y síntomas, tratamiento farmacológico y educación para el autocuidado, por lo tanto, la enfermera de este programa debe tener la habilidad de acoger, evaluar, tratar, acompañar y consolar al enfermo y su familia, aún durante el duelo. El flujo de la atención de enfermería en la atención primaria se demuestra en (Fig. 1).

Las unidades AD y CP infantil, funcionan al interior de la unidad de oncología infantil. La referencia al programa de los niños con enfermedad terminal, es tardía, su atención se prefiere en los niveles superiores de salud, generando expectativas de recuperación en la familia, agregando un costo emocional, físico y económico elevado, por lo tanto, estos niños suelen llegar al programa, con mucho dolor, angustiados y sin confianza con los profesionales de la salud.

VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DEL NIVEL DEL DOLOR

En el 2001, la Joint Commission, organización de acreditación de hospitales en los Estados Unidos y Europa, definió que el dolor es uno más de los signos vitales, por lo tanto, cada vez que se controla temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, y frecuencia respiratoria, se debe evaluar el dolor. En Chile, el 9 de noviembre del 2004, la ACHED celebró el “Día Nacional de Alivio del Dolor”. Con esto los establecimientos asistenciales deberán incorporar gradualmente, de acuerdo a sus capacidades, la evaluación del dolor como 5° signo vital en los registros clínicos de toda persona que se encuentre recibiendo atención de salud, a través del uso de la Escala Visual Análoga (EVA) adjunta; la cual la ACHED define: “como una pauta para la evaluación del dolor



agudo o crónico, de tipo visceral, somático, neuropático o mixto, sea este Leve, Moderado o Severo”.

La norma de enfermería del MINSAL (1998), destaca que los aspectos de mayor relevancia para intentar el alivio del dolor es la valoración del mismo; un proceso que se desarrolla por etapas, en forma sistemática, ordenada y continua que permite interpretar la experiencia dolorosa y sus efectos sobre su calidad de vida. Ésta consta de anamnesis próxima, remota, examen físico, antecedentes emocionales y psicológicos del paciente, antecedentes de dolor, conducta no verbal y entrevista a la familia cercana. También es importante valorar aspectos como: carácter (forma de dolor que sufre el paciente), ubicación e irradiación, comienzo y evolución, factores precipitantes, modificadores o de alivio del dolor, actitud del enfermo que influye en la conducta dolorosa e intensidad. Esta última actualmente debe ser medida con el uso de escalas objetivas: escalas de evaluación del dolor. Las técnicas más usadas son las mediciones por autoreporte, las que pueden ser alteradas por el nivel de desarrollo cognitivo, capacidad de expresión verbal, razón por la cual son efectivas a partir de los 4 a 5 años de vida.

En los niños que no verbalizan; la medición del dolor dependerá del personal de enfermería para reconocer las respuestas conductuales y fisiológicas asociadas a estímulos dolorosos, la más destacada es la Escala CRIES (Fig.2) (Moggi,2003), más sencilla es la escala clínica de dolor en pediatría recomendada por la ACHED (Fig. 3), la que otorga puntaje de uno a cinco a diversas alteraciones que pudiera presentar un niño. Se debe tener presente que la conducta puede ser reflejo de la enfermedad o ser consecuencia de estímulos ambientales distintos al dolor, por lo que se debe observar actitudes corporales antiálgicas y conductas realizadas antes y después de recibir la analgesia, para esta etapa el MINSAL (2005), recomienda el uso de la escala FLACC la cual mide, expresión facial, piernas, actividad, llanto, consolabilidad. En los niños que se expresan verbalmente, la ACHED recomienda la escala facial del dolor; donde se muestran distintas expresiones faciales, variando desde la sonrisa para la ausencia de dolor, hasta el llanto con efusión de lágrimas para el dolor intenso, el niño deberá elegir la carita que más se asemeja a su “pena por dolor” (Fig. 4).

En el adulto la ACHED y el MINSAL estandarizan el uso de la Escala Visual Análoga (EVA) (Fig. 5); la cual permite evaluar la intensidad del dolor y el grado de alivio experimentado. Se presenta una regla que por el lado que mira hacia el paciente tiene una línea recta de 10 cm de largo a cuyo lado izquierdo dice sin dolor y al final de la línea al lado derecho dice máximo dolor posible, en su reverso indica la numerología. El dolor se evaluará de la siguiente forma: Leve: 0 a 3, Moderado: 4 a 6, Severo: 7 a 10. Algunas recomendaciones son, no mostrar la escala numérica al paciente y en caso de que la escala posea cursor, mantenerlo siempre en el mismo punto: al inicio o al medio.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS USADAS EN EL MANEJO DEL DOLOR

En el caso del paciente con cáncer, según Rabah, una vez que se han realizado exámenes para confirmar la localización y causa de dolor, deberá existir la modificación del proceso patológico (mediante cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia o esquema apropiado). En el paso siguiente se trata de Elevar el umbral del Dolor, donde la OMS (1996), y la mayoría de los programas actualizados, sugieren la utilización de la Escalera Analgésica como base del tratamiento del dolor; es un sistema de escalones en el cual si el paciente no alivia con el esquema del primer peldaño, se asciende al siguiente. Los fármacos empleados son: analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), opioides y drogas coadyuvantes. La vía de preferencia es la vía oral, sucesivamente subcutánea o peridural. La vía intramuscular está proscrita en el paciente oncológico dado a lo cruel que significa la administración por horario de múltiples dosis por esta vía. En la atención al paciente se deben valorar sus principales complicaciones, en caso de los AINE; reacciones secundarias digestivas e interacción en factores de la coagulación y en el uso de OPIOIDES las



complicaciones son más frecuentes y de mayor gravedad pudiendo presentar: prurito, retención urinaria, íleo, náuseas, vómitos, depresión respiratoria, cardiovascular, sedación profunda (para esta última complicación, la ACHED cita: un buen medicamento debe “quitar el dolor no la conciencia”), a demás considerada “REGLAS DE ORO” en la administración de medicamentos: Reloj en mano: para obtener niveles plasmático óptimos (por lo que debe establecer tratamiento con HORARIO); Tratamiento Dolor Agudo sea Endovenoso y del Dolor Crónico sea Oral.

El MINSAL (2005) destaca otro método escalonado de la OMS, para controlar el dolor en Cáncer, sintetizado por 5 frases: vía oral, a la hora exacta, de forma escalonada, para cada persona el caso individual y en forma detallada. Otros método indicados por Rabah que coinciden con el comité de expertos (2002) son: la interrupción de las vías del dolor: bloqueos con anestésicos locales, opioides o agentes neurolíticos, la estabilización de la zona con dolor “incidental”: (el que se produce como respuesta al movimiento), requiere cirugía ortopédica, reposo y uso de órtesis o prótesis y modificar el estilo de vida: evitando las actividades que gatillen el dolor.

Una de las terapias más importantes a mi parecer, es la inclusión temprana al tratamiento, de métodos “ no drogas”, donde podemos encontrar una amplia gama de terapias no tradicionales que de manera comprobada, disminuyen la intensidad del dolor tanto agudo como crónico, el consumo de fármacos, la ansiedad, depresión y aumentan la actividad física en algunos pacientes. Son recomendables, ya que no poseen contraindicaciones ni generan efectos secundarios nocivos, pero lo principal es que estimulan al paciente a mantenerse activo, conservar su autonomía y autocuidado. Aquí podemos encontrar: sugestión con placebos (recomendado sólo en dolor leve, en dolor oncológico es ilógico y poco ético), distracción (si no hacen nada se preocupan de sí mismo). Las intervenciones de la conducta cognoscitiva deben ser introducidas tempranamente para mayores probabilidades de éxito: la hipnosis (requiere 4 requisitos importantes en su aplicación: deseo, motivación, inteligencia y cooperación), la disociación (imaginación dirigida), relajación y meditación también son técnicas bastante usadas. La estimulación cutánea también es muy utilizada en pacientes con dolor crónico osteoarticular aquí encontramos la electroanalgesia o estimulación nerviosa trascutánea eléctrica (TENS), acupuntura, masajes, aplicación de frío o calor. Clasificaré como otros: la fitoterapia, aromaterapia, homeopatía, Yoga, Reiki, Taichi, Takión, Osteopatía, Masaje Tui-Na, Cromoterapia, Magnetoterapia, Musicoterapia, Terapia Floral y no olvidemos el buen humor o risoterapia, ya que sea cual fuere su efecto, se han utilizado con éxito en terapias de dolor (febrero 2004, MINSAL aprueba el ejercicio de las prácticas médicas alternativas).

CONCLUSIÓN

Se ha realizado brevemente una actualización de los que existe hoy en nuestro país, en relación al dolor y los cuidados paliativos, a través de programas, normas, protocolos y literatura referida al tema. Ya con más de un año de la introducción de la medición del dolor como quinto parámetro vital a valorar, se ha observado que existen servicios hospitalarios y de atención primaria, que no cuenta con normas escritas estandarizadas de Enfermería, de valoración y manejo del dolor, por lo tanto, la aplicación de la escala EVA, la cual pretendía incorporar el dolor a la rutina asistencial, como parte de los cuidados de enfermería habituales mitigando el dolor, para lograr el bienestar, satisfacción y confianza del usuario, no es satisfactoria. Diversos son las conductas dolorosas que puede presentar el ser humano, las cuales se deben valorar en su total complejidad y amplitud, para que la atención de enfermería sea la correcta.

Los pacientes en etapa terminal o cáncer avanzado, además de integrarse a un programa de la atención de salud que otorga atención en el alivio del dolor y los cuidados paliativos, busca alivio de otro dolor que lo acompaña; el dolor del alma, lo que invita a la enfermería a volver a humanizarse como lo cita Bermejo y Santi, ya que el paciente que sufre dolor, requiere comprensión, apoyo y orientación hacia la



búsqueda del significado de su sufrimiento corporal y a un hecho imposible de evadir, así encontrará su calma interior y aportaremos con nuestros cuidados, a un término de vida pacífico y esperanzador.

Destacó el incentivar el uso de terapias alternativas tempranamente en el curso de la enfermedad a todo paciente, ya que puede en gran parte aumentar la tolerancia al dolor, busca una forma de distracción y lo más importante, es que mantendrá al paciente activo, con autonomía para su autocuidado.

ANEXOS

Figura 1. Flujo de atención de enfermería en alivio del dolor atención primaria

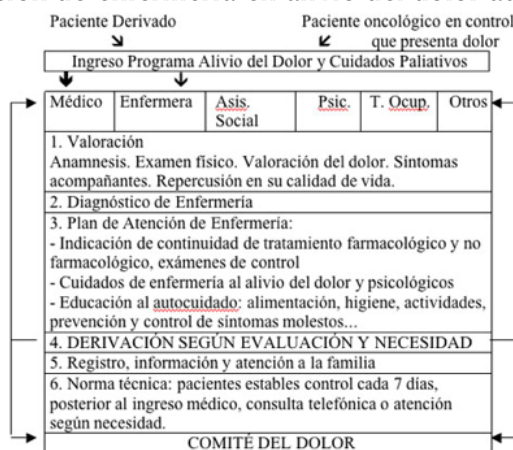


Figura 2. Escala Cries

C (Crying)	Sin llanto o llanto no agudo	0
	Con llanto agudo consolable	1
	Con llanto agudo inconsolable	2
R (requiere O ₂ para SaO ₂ > 95%)	No requiere O ₂ extra	0
	Requiere < 30% de FiO ₂ para SaO ₂ > 95%	1
	Requiere > 30% de FiO ₂	2
I (incremento de signos vitales valores preoperatorios como basales)	FC y PA sin variación	0
	Aumento FC o PA < 20%	1
	Aumento FC o PA > 20%	2
E (expresión)	Sin muecas de dolor	0
	Con muecas de dolor	1
	Con muecas y quejido de dolor	2
S (sleepless) durante la hora previa a la evaluación)	Duerme continuamente	0
	Despierta frecuentemente	1
	Siempre despierto	2

Figura 3. Escala clínica de dolor

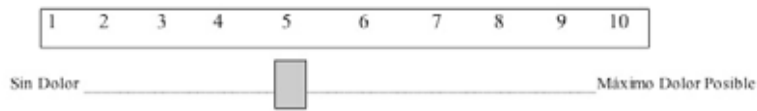
Puntaje	Características clínicas
1 Sin dolor	Niño feliz, juguetón, risueño
2 Confortable	Calmado, dormido. Excepto en movimiento
3 Molesto	Dolor moderado, llora, hace muecas, puede distraerse con juguetes, los padres y la comida.
4 Alterado	Dolor moderado, llora, no se distrae, adopta posición antiálgica, se lleva las manos al sitio de la cirugía.
5	Dolor severo, llanto desconsolable, no se consuela

Figura 4. Escala facial del dolor o de caritas



Figura 5. Escala Visual Análoga (EVA)





BIBLIOGRAFÍA

- Abram S. The Pain Clinic Manual. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1995.
- Acevedo I. Aspectos éticos en el manejo del dolor crónico en el niño: responsabilidad de la enfermera. Santiago de Chile: Tesis publicada, Universidad de Chile; 1998.
- Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED). Jornada Nacional Alivio del Dolor. Santiago de Chile: Capacitación Profesional; 2004.
- Bermejo J, Petrillo F. Aspectos espirituales en los cuidados paliativos. Santiago de Chile: Editorial Baldo Santi Lucherini (Clínica Familia); 1999.
- MINSAL, Chile. Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Cáncer Avanzado. Santiago de Chile: Protocolo AUGE; 2004.
- MINSAL, Chile. Guía clínica, Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. Santiago de Chile: Reforma de la Salud.; 2005.
- MINSAL, Chile. Protocolo Alivio del dolor y Cuidados paliativos para el niño con cáncer. Santiago de Chile; 2005 Chile.
- Guía Clínica de Manejo de Dolor. Hospital San José. Unidad de Anestesiología y Pabellón.
- Comité de Expertos. Guías prácticas para el manejo del Dolor Agudo. IASP, Sociedad de Anestesiología de Chile. Santiago de Chile; 2002.
- Dagnino J. Definiciones y clasificaciones del dolor. Boletín escuela de medicina Pontificia Universidad Católica de Chile 1994; 23. p. 148-151.
- Drane J. El cuidado del enfermo terminal. Publicación científica nº 573. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
- Fernández R. Cuidados en Paciente con Cáncer Avanzado. Jornada de Capacitación. Unidad de Cuidados Paliativos Hospital San José. Santiago, Chile; 2004.
- Guerrero M, Gonzáles J, Lacassie H. Dolor. Aspectos básicos y clínicos. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2002.
- Infante, A. El 5º Signo Vital. Revista El Dolor. 14, Jul. 52. Ministerio de Salud (MINSAL). 2 noviembre, 2004. Santiago de Chile: Circular Ministerial 2A/46: Evaluación del Dolor como Quinto Signo Vital.
- Moggi L. Pruebas de Evaluación del Dolor en Pediatría; 2003. [extraído del 24 de octubre 2004] URL disponible en: <http://www.cirpedal.com.ar>
- Muñoz AL. Reconceptualización del manejo del dolor en post-operatorio. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 1998; 9, 25-28.
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Cuidados Paliativos: Guía para el Manejo Clínico. Programa de Enfermedades No Transmisibles OPS; 1998.
- Rabah E. Aliviar cuando sanar es imposible. Guía Clínica. [extraído el 24 de octubre de 2004], URL disponible en: <http://www.ached.cl>
- Burgos M, Mur M, Ruiz A, Saldías M, Robles C, Corbeaux A, Argandoña J, Riquelme M. Intervención para mejorar la calidad en la valoración y manejo del dolor. Horizonte de Enfermería 2004; 15, 101-108.
- Rico A. El Dolor y su Cronificación: Entendiendo el Problema. Revista El Dolor 2005; 14(11): 52-54.
- Organización Mundial de la Salud Ginebra. Alivio de los Síntomas del Paciente Terminal. Singapore; 1999.
- Organización Mundial de la Salud. En Colaboración con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Alivio del Dolor y Tratamiento Paliativo en el Cáncer Infantil. Singapore; 1999.

- Orellana M. Cuidados de Enfermería y Atención del Paciente Terminal en Domicilio. Guía Clínica Unidad Alivio del Dolor. Hospital San José. Santiago; 2003.
- Pellegrini C, Reyes J. Alivio del Dolor Gestión de Calidad. Hospital San José.
- Rommers A. Fundación Enfermería en Cuidados Paliativos. Buenos Aires: Editorial Argentina Fundación A J. Rommers; 1998.
- Sánchez B. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. Universidad Nacional de Colombia; 2002. URL disponible en <http://www.virtual.unal.edu.co>
- Soler M. Enfermería en cuidados paliativos. De Eulalia López. Editorial Médica. Madrid: Panamericana; 1995.
- Suárez J. Evaluación del Dolor. Fundación Europea de Enseñanza de Anestesiología. [Extraído 3 Octubre 2004] URL disponible en: <http://www.forcona.org> ; 2003.
- Vásquez A. Programa de manejo integral de dolor oncológico. Hospital San Juan de Dios; 1997.

- Viguria J. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998.
- Wenk R. Dolor y Cáncer. Monografía sobre el manejo del dolor por cáncer. Argentina: Programa Argentino para el control del dolor por cáncer; 1999.