

# Dolor en el ámbito de la enfermedad reumatológica

LUJÁN CEBRIÁN I<sup>1</sup>, LEAL COSTA C<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermera Hospital de Día Polivalente. Hospital Vega Baja. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Orihuela (Alicante)

<sup>2</sup>Enfermero. Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Murcia

## RESUMEN

En general el dolor crónico es subestimado por los profesionales por diferentes motivos: por el difícil manejo, la impotencia ante la falta de mejora, la falta de comunicación, de formación, así como la carga psicológica que supone para el profesional y las personas que rodean a los pacientes con

dolor. Debido a esto, para un correcto abordaje del paciente con dolor debido a enfermedad reumatológica, es necesario planificar terapias integrales, intervenciones terapéuticas multidimensionales personalizadas y consensuadas, con la dedicación y tiempo necesario en función del dolor.

**Palabras clave:** Dolor crónico, reumatología, enfermería.

## INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es un fenómeno complicado en todos sus aspectos, físico, psíquico, bioquímico, social, espiritual, emocional, y altera en consecuencia el comportamiento de quienes lo padecen y de los que los acompañan. Se considera dolor crónico, al dolor presente durante más de tres meses, de forma continua o intermitente, más de cinco días por semana<sup>1</sup>.

El dolor crónico está presente en el 25% en adultos y hasta en un 50% en mayores de 65 años, siendo el segundo motivo de consulta en las consultas de Atención Primaria (AP)<sup>2</sup>. De este modo, es sin duda, un importante problema de salud pública, recogido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 2003<sup>3</sup>.

En España, en 2012, se recoge como objetivo, en el marco de la estrategia de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), el abordaje y la atención a las personas con dolor, contando con todas las sociedades científicas (multidisciplinariedad) y las diferentes comunidades autónomas (CCAA)<sup>2,3</sup>.

En este trabajo, nos centraremos en el dolor crónico no oncológico, el relacionado con la reumatología, que se suele caracterizar por ser un dolor generalizado, aquel que aparece al mismo tiempo

en distintas áreas del cuerpo siendo su abordaje más complejo<sup>2,3</sup>. Por la aparición de la sensibilización central que ocurre cuando hay una respuesta incrementada de las neuronas nociceptivas del sistema nervioso central, provocando que nuestro cerebro esté en un estado de alerta permanente y reaccione de forma exagerada a los estímulos incluso no dolorosos, magnificando la información sensorial que nos llega del medio. Se introducen aquí dos conceptos: la alodinia (percepción dolorosa de un estímulo no doloroso) y la hiperalgesia (tener una respuesta aumentada ante un estímulo doloroso)<sup>2,3</sup>. Es un proceso muy novedoso, gran desconocido entre los profesionales y pacientes. De este modo, los profesionales podemos menospreciar al paciente, tachándolo de quejica o exagerado<sup>3</sup>. El paciente, por supuesto siente dolor, y la lesión es insignificante o no existe. Es el cerebro el que está funcionando mal. Hay muchas enfermedades que cursan con procesos de sensibilización central, como migrañas, cefaleas, endometriosis, artritis reumatoide o fibromialgia<sup>3,4</sup>. La fibromialgia es una enfermedad difícil de valorar o tratar y no tiene etiología clara ni conocida. Por el contrario, manifiesta infinidad de síntomas. Se utilizaban para su diagnóstico los criterios

de clasificación del American College of Rheumatology (1990)<sup>5</sup>: 1: historia de dolor generalizado durante al menos 3 meses. 2: dolor en al menos 11 de 18 puntos dolorosos a la palpación digital. Ambos criterios deben cumplirse, pero sólo así no se puede plantear su diagnóstico ya que es una enfermedad compleja, en la que el dolor es predominante, y en la que la sensibilización central está muy presente haciendo que el paciente se encuentre mal. Por estas razones se revisó y modificaron los criterios en 2010<sup>6</sup>, donde la psicología, la medicina, la enfermería, etc. entre otras disciplinas, trataron de medir con certeza todos los aspectos que la envuelven, aunque la experiencia nos hace diferenciar claramente cuando tenemos un paciente con este diagnóstico, aún sin criterios universales<sup>1,3,7</sup>.

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha impulsado, con la autorización del Ministerio de Sanidad, el proyecto Evaluación del Dolor en Reumatología (EVADOR), un estudio que analiza los datos epidemiológicos y clínicos relacionados con el dolor asociado a las patologías reumáticas, en el que han participado 34 servicios de Reumatología a nivel nacional y un total aproximado de 1.100 pacientes, el cual expone que el dolor está presente en el 95 por

ciento de los pacientes que acuden a consultas de Reumatología, y en la mayoría de los casos, es el principal motivo de consulta, siendo el 80 por ciento de evolución crónica (superior a 3 meses)<sup>7</sup>.

En 1965, Ronal Melzack, expuso por primera vez su teoría de que el dolor no se produce en las zonas donde se siente, en los tejidos lesionados, sino a través de la médula y en el cerebro donde se produce la sensación. Junto con Kenneth Casey, plantearon que el dolor no es el resultado de la afectación de las terminaciones nerviosas periféricas, es el resultado de un complejo proceso de evaluación de datos, presentes, pasados y futuros, en una gran red neuronal. Puede surgir simplemente desde un estado de alerta de un sistema de memoria predicción, sin que suceda nada en el lugar donde se proyecta el dolor<sup>8</sup>. En 1989, se construye el concepto de la “la matriz neuronal”: red de neuronas implicadas en la construcción de la percepción del dolor. Melzack, centra el concepto más moderno del dolor, dirigiendo la atención hacia el cerebro. Sin embargo, hoy día, tanto pacientes como profesionales, siguen prefiriendo que el problema esté donde duele y no en el cerebro. Estos dos autores desarrollaron la “Teoría de la compuerta”, aclararon fenómenos básicos, en el proceso de dolor en los que hoy en día basamos nuestros tratamientos, como los aspectos psicológicos entre otros<sup>4,8</sup>.

### ABORDAJE HOLÍSTICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA

El dolor en general y en reumatología en particular, necesita recursos para abordar este importante problema de salud, que pasa por evaluar y tratar con todos los recursos a nuestro alcance. Los usos de guías clínicas presentan estándares de calidad, para garantizar que las recomendaciones dirigidas a profesionales, pacientes y organizaciones, están basadas en el mejor conocimiento y menores probabilidades de sesgo. Ofrecen la oportunidad para alcanzar la mejor relación entre beneficios y riesgos de las medidas propuestas<sup>3,9</sup>.

Hay que planificar terapias integrales, intervenciones terapéuticas multidimensionales personalizadas y consensuadas con cada paciente, con la dedicación y tiempo necesario en función del dolor. Estas guías deben definir los profesionales que intervienen, la duración prevista de las intervenciones y su evaluación temporal (revisiones). Los objetivos a alcanzar e intervenciones a realizar se engloban dentro de una visión holística del paciente con enfermedad reumatológica. Estos objetivos e intervenciones se observan en la Tabla 1<sup>9</sup>.

En España, los servicios asistenciales para la atención a personas con dolor, han sido descritos como heterogéneos en su origen, en su organización, así como en el tipo de profesionales que se integran en ellos y en su cartera de servicios<sup>3</sup>. Así, al núcleo básico de profesionales del equipo (médicos, enfermeras, trabajadores sociales) se unen en la atención al dolor crónico con otros profesionales como fisioterapeutas, psicólogos, equipos de salud mental, terapias ocupacionales de los ayuntamientos, asociaciones de pacientes, conformando un equipo multidisciplinario que trabaja desde una perspectiva conjunta de colaboración centrada en el paciente con dolor crónico, mediante una gestión

consensuada y que debe interrelacionarse de forma integral para los objetivos propuestos desde la responsabilidad y la autonomía de cada uno de ellos.

Sin embargo, el desarrollo de estos equipos para el abordaje del dolor crónico no es uniforme ni generalizado en el SNS, con un desarrollo irregular en las distintas CCAA, aunque con una perspectiva de generalización y un reto a superar que se va superando con los avances de nuestro trabajo cada día.

La enfermería, por su formación y su indudable polivalencia al cuidado holístico de los pacientes con dolor crónico, es un eje fundamental donde pueden girar los diferentes programas para el tratamiento del dolor crónico. Así, existen programas liderados por enfermeras, partiendo del principio, “el dolor crónico no segura, se maneja”<sup>11</sup>.

Además, enfermería trata de usar un lenguaje común utilizando las taxonomías de Diagnósticos Enfermeros NANDA I<sup>10</sup>, de Resultados Enfermeros NOC<sup>11</sup> y de Intervenciones Enfermeras NIC<sup>12</sup>. Su combinación y aplicación en el proceso de enfermería ofrece múltiples beneficios y vislumbra un futuro prometedor de cara a demostrar la contribución de la práctica enfermera en los cuidados del paciente con dolor crónico<sup>13</sup> (Figura 1).

**TABLA 1**

OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA<sup>9</sup>

Objetivos
- Reducir la intensidad del dolor (reducción del nivel de la EVN $\geq$ 30% del valor inicial)
- Mantener o mejorar los hábitos de vida saludables
- Mantener o mejorar la actividad física
- Preservar el patrón de sueño
- Mejorar el estado de ánimo
- Preservar la actividad laboral, social y familiar
- Asegurar la participación, el aprendizaje y el automanejo por parte del paciente
- Garantizar el uso correcto de los medicamentos y otras medidas terapéuticas
Intervenciones
- Hábitos saludables: actividad física, patrón de sueño, alimentación
- Farmacoterapéutica pautada
- Actuación psico-educativa

**FIGURA 1**

TAXONOMÍA NANDA-NOC-NIC PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DOLOR CRÓNICO (00133)

DIAGNÓSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
- Dolor crónico (00133)	- Nivel de dolor (2102) - Dolor: efectos nocivos (2101) - Dolor: respuesta psicológica adversa (1306)	- Manejo de dolor (1400) - Administración de analgésicos (2210) - Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) (1540) - Ayuda al autocuidado (1800) - Apoyo emocional (5270) - Aumentar el afrontamiento (5230)

**BIBLIOGRAFÍA**

1.- Gallach Solano E, Canó Verdecho MA. Enfoque multidisciplinar en el tratamiento del dolor crónico. Valencia: Hospital Universitario la Fe; 2016.  
 2.- Sánchez Jiménez J, Tejedor Varillas A, Carrascal Garrido R. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en Atención Primaria (AP). Documento de consenso. Madrid: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG); 2016.  
 3.- Guerra de Hoyos JA, Cabeza Pérez R, Cáliz Cáliz RA, Domínguez Camacho JC, García Montes I, Lubián López M, et al (coods). DOLOR crónico no oncológico, proceso asistencial integrado, 2ª ed. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.  
 4.- Goricoechea A. Migraña una pesadilla Cerebral. Sevilla: Editorial Desclee de Brouwer; 2009.  
 5.- Wolfé F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The

American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum. febrero de 1990;33(2):160-72.  
 6.- Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Masala IF, Salaffi F, Chapman J, Choy E. Are the ACR 2010 diagnostic criteria for fibromyalgia better than the 1990 criteria? Autoimmun Rev. enero de 2018;17(1):33-5.  
 7.- Vidal Fuentes J, Tornero Molina J, Gobbo M. Evaluación del dolor en Reumatología (EVA-DOR). Madrid: Sociedad Española de Reumatología (SER); 2017. Disponible en: [https://www.ser.es/wp-content/uploads/2017/08/Evaluacion\\_del\\_dolor-Publicacion%20final.pdf](https://www.ser.es/wp-content/uploads/2017/08/Evaluacion_del_dolor-Publicacion%20final.pdf).  
 8.- Acevedo González JC. Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. Rev Soc Esp Dol. 2013;20(4):191-202.  
 9.- Palanca I, Puig MM, Elola J, Bernal JL,

Paniagua JL, Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.  
 10.- Herdman HT, Kamitsuru S. (Eds). NANDA I: Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Harcourt; 2015.  
 11.- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). (5ª ed.) Barcelona: Elsevier; 2014.  
 12.- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). (6ª ed.) Barcelona: Elsevier; 2014.  
 13.- Leal C, Carrasco JJ, Guillamón E. Método científico en la enfermería: el proceso de enfermería. En: Leal C, Carrasco JJ. (Eds.), Fundamentos de enfermería, cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona. Murcia: Diego Marín; 2010. p. 17-28.

# Actividad del Grupo de Enfermería de la SVR

Desde el Grupo de Enfermería de la SVR (GESVR) queremos agradecer a la directiva y en especial al Dr. Juan Antonio Castellano la oportunidad que nos ofrece para exponer trabajos de nuestro colectivo, noticias o la actividad formativa del grupo. Esperamos que nuestra selección resulte interesante

Los días 9 y 10 de febrero, organizado por el GESVR, tuvo lugar en Calpe la **I Reunión de Enfermería Reumatológica**. Asistieron 20 enfermeras que trabajan en las Unidades de Reumatología.

El programa científico se dividió en dos grandes bloques:

1º bloque: Papel del tabaco en las enfermedades reumáticas, donde se analizó en profundidad su impacto, la necesidad de dejar de fumar, la experiencia de una consulta de enfermería de deshabituación tabáquica y como ayudar a que nuestros pacientes consigan abandonar el

tabaco, desde el punto de vista de la psicología y el coaching.

2º bloque: Espondiloartritis, se revisaron los últimos avances en artritis psoriásica, espondiloartritis axial y se unificaron criterios en la valoración de la actividad y metrología en EspA por parte de enfermería.

Estos cursos formativos patrocinados por Novartis, están incluidos en la formación oficial de la SVR y está previsto la realización de dos nuevas reuniones a lo largo de este año.

El 2 de marzo se celebró en Benidorm

la **IV Jornada de Enfermería Reumatológica**, organizada por el GESVR.

Nuestro mensaje es dar a conocer el trabajo que realiza o que se puede realizar en una consulta de enfermería, trabajando con el paciente, ayudándole a conocer y a convivir con su enfermedad y resaltando la importancia de la adherencia al tratamiento. También hacemos hincapié en la importancia de trabajar conjuntamente con la Enfermería de Atención Primaria, invitándoles a colaborar en el seguimiento de nuestros pacientes siempre, en beneficio de su salud.