



# Nuevo enfoque acerca del dolor

Sagrario Acebedo\*, Virtudes Rodero\*

A NEW APPROACH TO THE PAIN. ACEBEDO S, RODERO V.

Keywords: Pain, Patient rights, Authority on pain

English Abstract: When we are in front of a patient who is in pain, the health professionals ask ourselves, what type of pain it, how intense, and if it is real or is in patient's imagination. The basic question is: whose is the pain? The main idea of this report is that the patient is the only authority on his own pain. We also consider the mistaken ideas in professional practice. We suggest a new approach to pain and to the therapeutic relations hip with the person who is suffering from it.

## INTRODUCCION

Cuando estamos delante de una persona que experimenta dolor, los profesionales de la salud nos permitimos hacer conjeturas sobre el tipo y la intensidad del dolor, e incluso sobre si es imaginario o real. Pero ante una persona que experimenta dolor la pregunta básica es ¿de quién es el dolor? La idea central de este artículo es que la propia persona es la única autoridad sobre su dolor, esa experiencia humana universal que constituye el motivo más frecuente por el que se solicita ayuda sanitaria.

Durante los últimos quince o veinte años los profesionales de la salud han trascendido la concepción tradicional del dolor, que consideraba a éste sólo como el síntoma de una causa diagnósticable sobre la que intervenir, e interviniendo sobre la causa mediante curación o control se eliminaba el dolor. Esta concepción se ha ensanchado actualmente y los investigadores están trabajando para ver como puede ayudarse a la persona con dolor.

## LA INVESTIGACION SOBRE EL DOLOR

Hasta 1965, año en el que Melzack y Wall introdujeron la teoría del control de la compuerta, era escaso el material científico que se había publicado sobre el tema del dolor. En la década de los setenta se empezaron a crear clínicas del dolor multidisciplinarias (o parcialmente multidisciplinarias) y empezaron a aparecer programas de educación para el parto, con el objetivo de hacer del parto una experiencia más positiva, menos desagradable.

Actualmente se ha continuado progresando en las técnicas farmacológicas para el control del dolor y sigue aumen-

tando la investigación sobre métodos no farmacológicos. El alivio del dolor es un tema de interés creciente, como se refleja en la extensión de los programas de algunas áreas clínicas y hospitales, en donde se hacen notables esfuerzos para que el tratamiento del dolor tenga una alta prioridad.

Sin embargo sigue habiendo deficiencias en el tratamiento clínico del dolor. Las más importantes son: medicación insuficiente a personas con dolor crónico por procesos malignos; sobremedicación a personas con dolor crónico por procesos no malignos; comunicación inadecuada entre los profesionales y la persona con dolor. Además en la medicina hospitalaria es el médico quien a menudo controla el dolor de forma unilateral respecto del resto del equipo de salud.

A pesar de que el estudio del fenómeno del dolor es muy incipiente todavía, la información que ya hay disponible sobre su control debe difundirse más entre los

profesionales de la salud; esa difusión constituye una importante prioridad, porque la formación que reciben los profesionales de la salud sobre este tema es todavía inadecuada.

## EL ALIVIO DEL DOLOR Y LOS DERECHOS DE LA PERSONA

Que la ciencia sobre el dolor sea tan nueva tiene sus repercusiones prácticas en lo que respecta a la formación de los profesionales. Una nueva disciplina científica necesita años para que su cuerpo de conocimientos se extienda y se incorpore a los programas educativos universitarios.

Los profesionales de la salud que recibieron información inexacta o incompleta sobre el control del dolor no son conscientes a menudo de su falta de conocimiento, y con frecuencia les desconcierta tener que ser «reeducados» sobre esta materia, porque en general

Tabla I

ALIVIO DEL DOLOR	DERECHOS DE LA PERSONA
<ul style="list-style-type: none"><li>• Es un objetivo terapéutico legítimo</li><li>• Contribuye al bienestar de la persona/cliente</li><li>• Debe ocupar los primeros lugares en la lista de prioridades de cuidados</li><li>• Es controlado por la persona/cliente, quien es la autoridad final en la valoración de su dolor y de los métodos para controlarlo mientras sean métodos seguros y mientras la comunicación sea posible, incluyendo la no verbal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Decidir la duración e intensidad del dolor que se desea tolerar</li><li>• Estar informado de todos los métodos posibles de control del dolor y de sus consecuencias favorables y desfavorables</li><li>• Elegir el método o los métodos de control del dolor que se desea probar</li><li>• Elegir vivir con o sin dolor (puede haber excepciones si la situación implica a otras personas).</li></ul>

resulta difícil cambiar algunas viejas ideas relacionadas con el dolor y los derechos de la persona que lo sufre.

La nueva concepción sobre el alivio del dolor y los derechos de la persona (MACCAFERY, 1992) puede servir como base para el tratamiento. Esta nueva concepción incluye ideas que no han de tomarse como verdades absolutas, pero que contribuyen a que se provoque la reflexión y discusión entre los profesionales de la salud. (Cuadro I). Esa nueva concepción también reconoce que el profesional del cuidado de salud tiene derecho a negarse a aplicar tratamientos para el dolor que considere perjudiciales.

### ERRORES EN LA VALORACION CLINICA DEL DOLOR

A continuación se exponen algunas ideas erróneas relativas a la valoración clínica del dolor que todavía perduran en la mentalidad de muchos profesionales de la salud. Cada una de estas ideas se acompaña de su correspondiente idea revisada según el nuevo enfoque del fenómeno del dolor.

#### Autoridad del equipo de salud versus autoridad de la persona/cliente

• *Concepción errónea:* El equipo de salud es la única autoridad sobre la existencia y naturaleza de la sensación dolorosa de la persona

• *Concepción revisada:* La persona que sufre el dolor es la única autoridad sobre la existencia y naturaleza de éste, puesto que la sensación dolorosa solo puede percibirla la persona que la siente. Este es el aspecto más importante y más difícil en la ayuda a la persona con dolor, aceptar que es ella quien lo siente y que el profesional no sabe en realidad como varía ese dolor o qué tipo y grado de efecto produce el tratamiento a menos que la persona lo diga. En este sentido el cuidado a la persona con dolor es un ejercicio de humildad.

#### Credibilidad que se otorga a la persona que sufre dolor

• *Concepción errónea:* El sistema de valores personales del profesional y su intuición son instrumentos valiosos para determinar si una persona miente o no sobre su dolor.

• *Concepción revisada:* El sistema de valores y la intuición pueden ser útiles en la vida social y personal, pero no contribuyen a un correcto enfoque profesional del problema del dolor. El equipo de salud no es quien para juzgar la credibilidad de la persona. A veces resul-

ta difícil dejar a un lado nuestro sistema personal de valores cuando se trata de proporcionar cuidados de la más alta calidad. Algo que puede servirnos de ayuda es poder expresar en algún lugar los sentimientos generados en relación con la persona/cliente

#### La emocionalidad: ¿causa del dolor o reacción al dolor?

• *Concepción errónea:* El dolor es en gran medida un problema emocional o psicológico, sobre todo en personas que presentan ansiedad o depresión, o cuando la causa orgánica no está claramente determinada.

• *Concepción revisada:* Una reacción emocional ante el dolor no significa que el dolor esté causado por un problema emocional. El dolor provoca casi siempre algún grado de ansiedad o depresión; la ansiedad suele asociarse con un dolor ligero, mientras que la depre-

sión tiende a acompañar a un dolor prolongado. Cuando la ansiedad o la depresión se deben al dolor, el tratamiento para estas condiciones es el alivio del dolor.

#### La cuestión de los beneficios secundarios en la persona que sufre dolor

• *Concepción errónea:* La persona que sufre dolor y obtiene beneficios por ello (un trato especial, etc.), está recibiendo beneficios secundarios y puede estar exagerando su dolor o incluso simulándolo con objeto de seguir obteniendo esos beneficios secundarios.

• *Concepción revisada:* Que una persona utilice su dolor para obtener ventajas no significa que no tenga dolor o que éste sea menor de lo que dice. Por otra parte el beneficio secundario no tiene por qué ser negativo; se convierte en un problema cuando la persona se incapacita a sí misma para seguir obte-

### TEORIA DEL CONTROL DE LA COMPUERTA

Las fibras nerviosas aferentes conducen la señal nerviosa hasta la médula, en donde entra por la raíz dorsal y hace sinapsis en el asta dorsal, donde se recogen las señales procedentes de todo el cuerpo en un periodo de tiempo de dos segundos. Desde allí el flujo nervioso se dirige al encéfalo; primero entra en el tálamo, y a continuación llega al córtex, donde se cobra consciencia de la localización y la intensidad del dolor. La intervención de las diferentes estructuras del sistema nervioso permite coordinar la respuesta a la señal dolorosa, respuesta que puede ser un grito, la aceleración del ritmo respiratorio o el gesto automático de frotarse la zona dolorida.

Todos nos frotamos o damos masaje en el lugar que nos duele después de recibir un golpe. Este impulso automático a masajear la zona afectada no parece ser gratuito. En 1965 los investigadores Patrick Wall y Ronald Melzack establecieron la denominada *teoría del control de la compuerta* para explicar ese impulso a masajearse una zona dolorida. La teoría propone que la sustancia gelatinosa de la médula espinal actúa como un mecanismo de compuerta para abrir o cerrar el paso a los impulsos dolorosos: puede cerrarse la entrada a un impulso doloroso cuando existe simultáneamente otro estímulo térmico o táctil que no sea doloroso.

Posteriormente se descubrieron las endorfinas, sustancias químicas que inhiben la señal dolorosa al fijarse en las neuronas; fueron aisladas por primera vez en 1975 por John Hughes y Hans Kosterlitz.

#### Factores que abren la compuerta

- Impulsos transmitidos por grandes fibras miélicas A-delta
- Estimulación de zonas de piel no afectadas, por ejemplo mediante el masaje
- Efecto endorfinico
- Entrada sensorial suficiente o máxima (que produce distracción)
- Experiencias del pasado
- Sensación del control del dolor

#### Factores que cierran la compuerta

- Impulsos transmitidos por pequeñas fibras amielínicas C
- Estimulación de zonas de piel afectadas (por ejemplo las quemaduras por exposición al sol)
- No efecto endorfinico
- Entrada sensorial insuficiente (que produce monotonía)
- Experiencias pasadas
- La ansiedad

niéndolo. Cuando eso ocurre se le debe ofrecer ayuda y presentarle alternativas para resolver sus problemas. No hay que censurar a la persona/cliente por utilizar el dolor como solución, ni acusarla de fingirlo o de exagerarlo.

#### **Causa conocida versus causa desconocida**

- **Concepción errónea:** Todos los dolores «reales» tienen una causa física identificable.

- **Concepción revisada:** Todo dolor es real, independientemente de su causa. Cuando no hay una causa física identificable para el dolor, puede empezar a considerarse la posibilidad de que sea psicógeno o imaginario. El mejor enfoque para el control del dolor es el que tiene en cuenta las causas físicas y psicológicas. La mayoría de las sensaciones de dolor son una mezcla de ambos tipos de causas.

#### **Comportamiento en dolor agudo versus comportamiento en fases de adaptación**

- **Concepción errónea:** Hay signos fisiológicos y/o conductuales que acompañan al dolor y que indican la presencia de dolor y su intensidad.

- **Concepción revisada:** Existen períodos en los que los signos de dolor se reducen al mínimo o llegan a desaparecer a causa de que se activan mecanismos de adaptación fisiológica y conductual que pueden reducir el dolor o suprimirlo, incluso en dolores agudos. Al tener en cuenta estos mecanismos de adaptación el profesional puede estar atento a las necesidades de la persona, y

comprender que puede estar experimentando dolor aunque no presente signos fisiológicos y/o conductuales; la ausencia de signos no significa necesariamente que no exista dolor.

#### **Uniformidad versus individualización**

- **Concepción errónea:** Estímulos físicos comparables producen sensaciones dolorosas comparables en distintas personas.

- **Concepción revisada:** Estímulos comparables aplicados a distintas personas no producen sensaciones dolorosas de intensidad comparable en cada una de esas personas. Según la teoría del control de la compuerta (MELZACK, WALL, 1965), el dolor puede disminuir o la compuerta cerrarse parcialmente al dolor si hay estímulos sobre las fibras gruesas aferentes como el frotamiento, la inhibición del tronco del encéfalo debido a un aporte sensorial por distracción, o la inhibición del córtex por el convencimiento de que el dolor pronto finalizará. Otro factor individual lo constituyen las endorfinas, cuya presencia hace que disminuya la intensidad y la duración del dolor.

#### **Placebos: dolor imaginado versus dolor real.**

Placebo es cualquier tratamiento médico o cuidado de enfermería que produce un efecto en la persona debido a la intención implícita o explícita con la que se ha aplicado, y no debido a su naturaleza específica o a sus propiedades terapéuticas.

- **Concepción errónea:** Si la persona informa de alivio después de recibir un placebo, significa que estaba simulando.

- **Concepción revisada:** No hay evidencias en la literatura que justifiquen el uso de un placebo para comprobar que el dolor del paciente era real; esta es una cuestión que suscita serias dudas éticas y legales. La única conclusión inequívoca es que la persona que reacciona positivamente a un placebo desea muy intensamente el alivio del dolor y confía en que algo le ayude a obtenerlo. El uso de placebos puede ser adecuado en situaciones de investigación, previa información a la persona.

#### **CONCLUSION**

Tal como dice MacCaffery «*El dolor es lo que cualquier persona que lo experimenta dice que es, existe siempre que la persona que lo sufre dice que existe*». Si los profesionales de la salud interiorizamos el hecho de que el dolor es una experiencia subjetiva de la persona, estaremos más cerca de la excelencia en los cuidados a la persona con dolor.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- MAYAYO C et al. *Clínico del dolor: alternativa al tratamiento clásico*. Rol, 1988, 133:27-38.  
MCCAFFERY M. *Dolor. Manual clínica para la práctica de enfermería*. Salvat, Barcelona, 1992.  
MELZACK R et al. *La défi de la douleur*. S.L. Maloine, 1982.  
NOVEL G. *Aspectos psicológicos del dolor*. Rol, 1987, 104: 41-48.  
KILLIAN M. *La lucha contra el dolor: Mi aventura con...* Planeta, Barcelona, 1984.

\* Profesoras de la Escuela de Enfermería. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona

## **HOMEOPATIA CLASICA**

### **A I A P A**

**HOMEODEN**

*Diluciones centesimales HAHNEMANNIANAS - Diluciones LM (50-milesimales)*

*Diluciones centesimales KORSAKOVIANAS - Isoterapia*

*Cualquier otro preparado bajo petición facultativa*

*Fabricación bajo el mejor control de calidad*

*Medicamentos protegidos con tubo de cristal*

Jonqueres, 2 - 08003 BARCELONA - Teléfono 268 06 88 - Fax 268 18 25

**SERVICIO URGENTE Y GRATUITO POR TODO EL PAIS**

LLAMADA GRATUITA **900 30 07 31**