



Dirección General de Asuntos
del Personal Académico

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social

3º Seminario internacional y multidisciplinario de los cuidados paliativos y tanatología: Avances, retos y desafíos de los cuidados paliativos en países y regiones del mundo

**El dolor físico versus dolor total en
cuidados paliativos**

Lic. Verónica Salas Gutiérrez
Hospital Español, México

INTRODUCCIÓN

- Los **cuidados paliativos** constituyen un planteamiento que mejora la **calidad de vida de los pacientes** (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal.
- **Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana**, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2020)



Definición de Dolor

- En **2016** la Asociación Internacional para el estudio del dolor (**IASP**) define el dolor como:
- “Una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales”.

En **2020**, la IASP propuso una **nueva definición**:

“El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”.



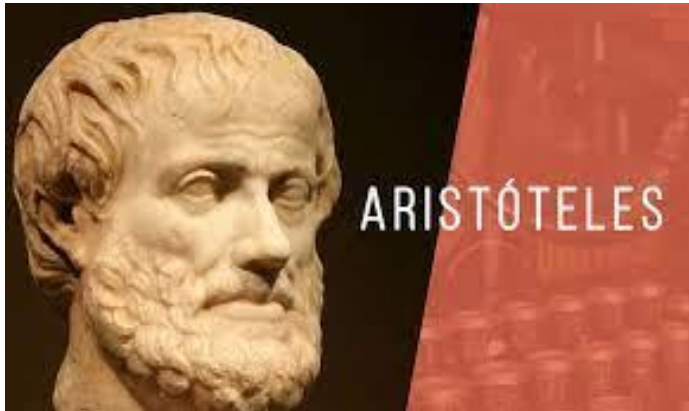
Las siguientes consideraciones fueron tomadas en cuenta para la nueva definición:

- El dolor es una **experiencia personal influenciada** en diferentes grados por **factores biológicos, psicológicos y sociales**.
- **El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes**. El dolor no puede ser inferido solamente por la actividad de las neuronas sensoriales.
- Las personas **aprenden el concepto de dolor a través de las experiencias de vida**.
- Si una persona **manifiesta una experiencia dolorosa, ésta debe ser respetada**.
- Aunque **el dolor** usualmente **cumple una función adaptativa**, puede tener efectos adversos sobre la funcionalidad y el bienestar social y psicológico.
- Una de las **maneras para expresar dolor es por la descripción verbal; la incapacidad para comunicarse** no niega la posibilidad de que un humano o animal experimente dolor.

Uno de los desafíos más antiguos en la historia de la medicina es intentar entender el dolor.



Historia del estudio del dolor



Como una alteración del calor vital del corazón, determinado a su vez por el cerebro.

384 años a.C.



En 1840, **Peter Müller** establece la importancia del sistema nervioso en la transmisión del dolor, sentando las bases de la neurofisiología moderna.

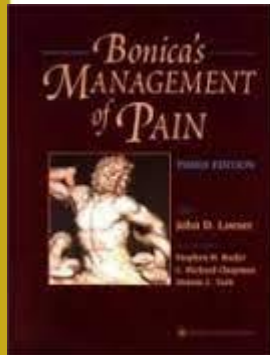
Historia del estudio del dolor



Para 1939 **René Leriche** fue el primero en publicar la idea del dolor crónico como enfermedad en su libro: “La cirugía del dolor”.



Para 1942 **William Levingston**, médico militar, empieza a explicar el mecanismo del dolor desde sus causas hasta sus estados afines.



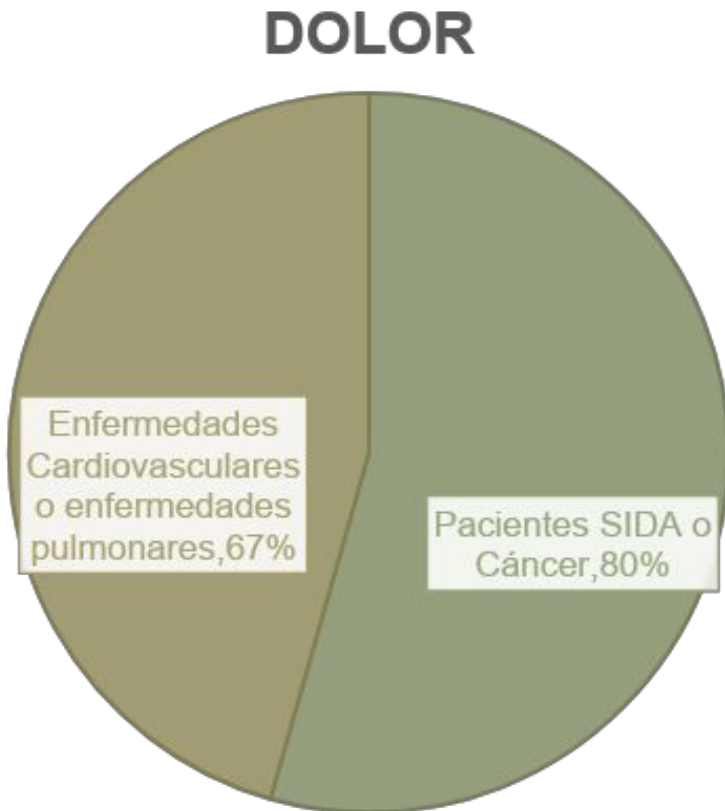
Bonica 1953 se le considera el padre fundador de la medicina del dolor, crea la primera clínica multidisciplinaria del dolor.



En 1973 finalmente se crea la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP). El creador de la escala EVA (Escala visual analógica) de medición del dolor se lo debemos a Scott Huskinson en el año 1976.

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en CP

- El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y graves experimentados por los pacientes que necesitan cuidados paliativos. (OMS, 2020)



Experimentarán dolor entre moderado e intenso al final de sus vidas.

Tan solo en 2008 se descubrió a través de una encuesta de calidad de vida de pacientes que sufren dolor crónico demostraron altos porcentajes de pacientes que sufren problemas relacionados con su salud mental, empleo, sueño, y relaciones personales.

Pero...

¿Cómo se evalúa el dolor?



Se describe bajo el acrónimo de **ALICIA** respondiendo las siguientes preguntas:



Semiología del **dolor**

- A** **Aparición**
¿Cuándo inició el dolor?
- L** **Localización**
¿Dónde se localiza el dolor?
- I** **Irradiación**
Si el dolor se dispersa a otros sitios
- C** **Características**
Tipo de dolor
- I** **Intensidad**
Escala Visual Analógica del Dolor
- A** **Agravantes**
El dolor aumenta o disminuye con algo

- ¿Cuándo inicio el dolor?
- ¿En qué lugar apareció?
- ¿El dolor se dispersa hacia otro lugar?
- ¿Qué tipo de dolor es? Punzante, quemante, etc.
- Leve, moderado, severo.
- ¿Qué lo aumenta o disminuye?

El dolor se clasifica por su:

- **Patogenia:** (causa-desarrollo neuropático, nociceptivo).
- **Localización:** Somático, Visceral y/o Psicogénico.
- **Según su curso:** Continuo, Irruptivo y/o Incidental.
- **Intensidad:** Leve, Moderado, Severo.
- **Duración:** Agudo (limitado en el tiempo, escaso componente psicológico) y Crónico (ilimitado con componente psicológico).

Por sus Características el dolor se divide en:

- **Nociceptivo** (local, regional como sería una luxación, esguince, cólico, etc.).
- **Neuropático** (Neurología, nervio del trigémino).
- **Neuropatía** (Diabetes, HIV, Alcohólica).
- **Mixto** (Lumbalgia, dolor oncológico, artritis).



El dolor se mide por medio de escalas:

Escala EVA (*Escala Visual Analógica*)

Escala ENA (*Escala Numérica Analógica*)

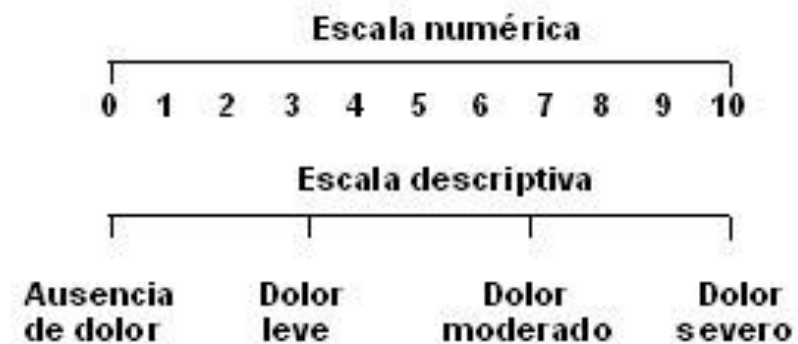
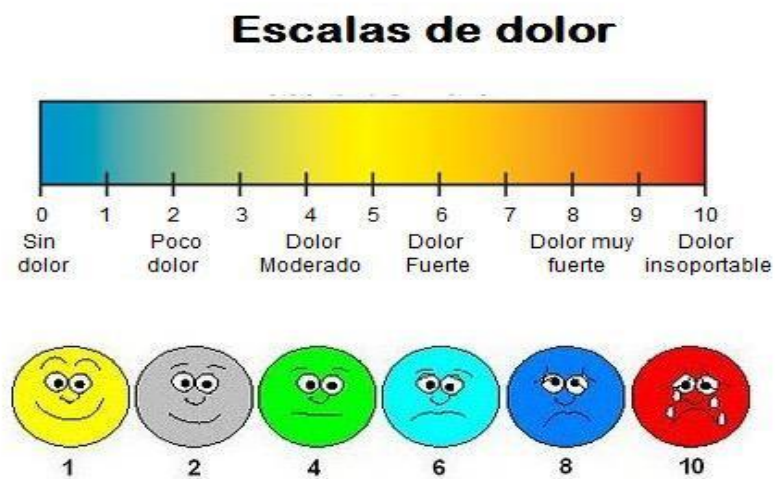


Figura 1. Escalas para medir la intensidad del dolor

El dolor se divide en:

Agudo vs Crónico

Características	Agudo	Crónico
Inicio	Bien definido	Mal definido
Causa	Herida, Enfermedad Aguda	Proceso Crónico
Duración	Días – Semanas Máx: 3 meses	Meses – Años Más de 6 meses
Fisiología	Hiperactividad simpática	Sin sobreactividad simpática
Sentido Cognitivo	Positivo	Negativo
Conducta	Inactividad hasta recuperación	Cambios en el estilo de vivir
Tratamiento	Uso temporal de analgésicos	Uso continuo de analgésicos y terapias

Fuente: Imagen obtenida de la conferencia de Grümenthal. 2019. Dra. Karla Córdoba Zúñiga.

Estudio de Dolor Crónico

En los últimos 30 años se ha visto la necesidad de estudiar el dolor crónico de una manera más profunda, es por ello que en mayo de 2019, la Organización Mundial de la Salud lanzó la nueva clasificación.

Esta nueva clasificación divide el dolor crónico en siete grupos:

- 1) Dolor crónico primario
- 2) Dolor crónico por cáncer
- 3) Dolor crónico postquirúrgico o postraumático
- 4) Dolor crónico neuropático
- 5) Dolor orofacial y cefalea
- 6) Dolor visceral crónico
- 7) Dolor músculo-esquelético.

Estudio del Dolor Crónico

Se define de forma separada dos entidades del Dolor Crónico:

- El **dolor crónico primario** el cual se plantea como una *enfermedad en sí misma*.
- El **dolor crónico secundario**, que es una entidad donde el dolor es un síntoma de una condición clínica subyacente



Pero...

- ¿Realmente **todos estos componentes se incluyen en la atención integral del paciente y su familia** dentro de las unidades paliativas?



**¿Qué pasa con el dolor que
no es físico?**

Sr. William Osler citado por la psico-oncóloga Pilar Arranz plantea:

*“Es mucho más importante **conocer** qué paciente tiene la enfermedad que qué clase de enfermedad tiene el paciente”.*



Macknik y Martinez-Conde explican cómo, desde las neurociencias:



Más que como una experiencia sensorial, como una emoción socialmente compartida, enseñada y aprendida (de allí su carácter cognitivo).

Es decir que, aunque el dolor es, generalmente, el resultado de una afección física, la raíz primaria de este es la emoción individual y compartida que aparece ante la presencia real o potencial de un daño tisular.

Manejo del Dolor como se aborda...

Aunque el manejo del dolor puede abordarse desde una perspectiva orgánica, por ejemplo, con el uso de fármacos, con el control de la inflamación, con la inmovilización de los tejidos, entre otros, las herramientas de atención cognitiva, psicológica y social tienen una importancia central.



Diferencias entre características físicas y psicológicas

La atención en la integración de los contenidos de una situación, estado, o estimulación de características **biológicas** como por ejemplo enfermedad, dolor, disnea, etc.

Psicológicas como pueden ser:

- Soledad,
- Sensación de pérdida,
- Culpa,
- Miedo,
- Carencia de sentido de vida,
- Vacío existencial,
- Desesperación.



Sufrimiento

El dolor psicológico:

- Se refiere a **SUFRIMIENTO**:

“Cuando acontece algo que se percibe como una amenaza importante para su integridad (personal-biográfica, y/u orgánica-biológica) y al mismo tiempo CREE que carece de recursos para hacerle frente”.

Javier Barbero et al.



Características del Sufrimiento:

Según Declán describe como:

- *Es algo personal,*
- *Rompe la integridad,*
- *Implica un conflicto,*
- *Implica pérdida,*
- *Cambio en el Propósito de vida,*
- *Es Solitario,*
- *Es único y particular.*

Declán.

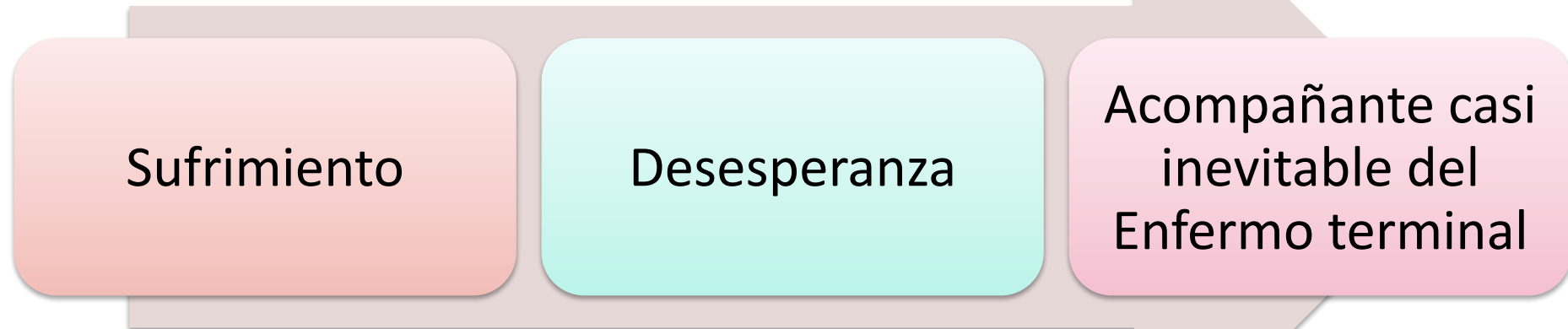


**“Afrontar el sufrimiento
supone ocuparse de
problemas que no se
limitan a los síntomas
físicos”.**

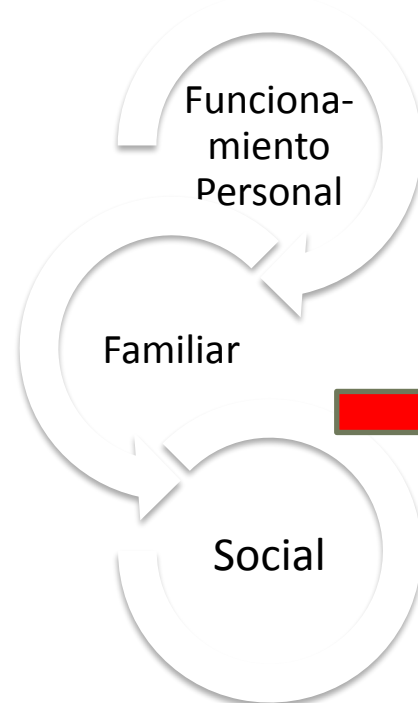
Javier Barbero et al.



El Dolor está vinculado con...



Cuando el dolor adquiere un carácter crónico y progresivo, altera



lo que afecta, de manera directa, la calidad de vida del parte y de su entorno.

PACIENTE

Angustia

Sufrimiento

Experiencia

**DOLOR
TOTAL**

Emocional
Espiritual
Social

Experiencia
Álgica

Dolor Físico

FAMILIA

Atención Integral al dolor = DOLOR TOTAL

Concibe el manejo del dolor como un trabajo de intervención que cubre también en parte la **atención al estrés y otros problemas psicosociales asociados con la enfermedad y con el proceso de muerte**, con el objetivo de **mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno** más cercano.



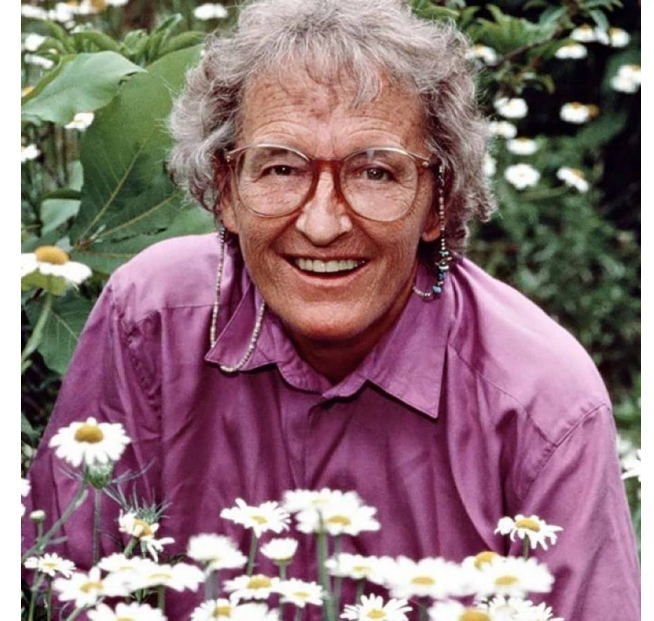
¿QUIEN ACUÑÓ EL CONCEPTO DE DOLOR TOTAL?



John Bonica



Cicely Saunders



Elizabeth Kübler-Ross

**DOLOR
TOTAL**

El sufrimiento es una categoría que permite redimensionar el dolor en múltiples aspectos



4 Factores para el aumento de riesgo de Sufrimiento en el Pte.



- 1) La incertidumbre o la **falta de certeza** sobre lo que sucederá en el futuro.
- 2) **Sentimientos negativos** como miedo, tristeza o ansiedad.
- 3) La sensación de **pérdida de control**.
- 4) La **amenaza a la autoestima** como consecuencia de los cambios generados por el tratamiento que alteran la autoimagen y producen la pérdida de la autonomía.

3 FORMAS DISTINTAS DE NOMBRAR LA EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD



El concepto de padecimiento (illness)

Se refiere al **sentimiento subjetivo** propio de cada persona de **sentir una afección que compromete su bienestar**, hace referencia a la **experiencia personal de molestia, malestar y agotamiento**, **está marcado por las representaciones sociales e históricas** que nutren las representaciones que **cada persona adopta con respecto a su propio sufrimiento**, del entorno y de la historia que lo precede.

Fuente: Leder D. Health and Disease. V. The Experience of Health and Illness. En Post S G. (ed.). Encyclopedia of Bioethics. New York: Macmillan Reference; 2004. p. 1081-7.



Disfunción social (sickness)

Hace referencia a las **concepciones sociales y culturales sobre la salud**. El cáncer, por ejemplo, en las sociedades occidentalizadas es representado —de acuerdo con Sontag— como una tragedia, una amenaza bélica que ataca el cuerpo y frente al que hay que dar la batalla.



Enfermedad (disease)

Da cuenta del **proceso de comunicación y de transformación** que tiene la situación del enfermar, cuando el padecimiento del enfermo está vinculado a una **narrativa social** propia de la medicina.



Pero...

· ¿Cómo esta tríada de términos se asocia con el dolor?

El dolor en esta triada...

- Nombran la experiencia de enfermar (padecimiento, enfermedad y disfunción social),
- Atraviesa estas tres categorías.
- El **dolor hace parte del padecimiento**, puesto que es una experiencia sensorial y emocional angustiada que produce un sufrimiento en la persona.
- El **dolor es una de las primeras señales** por medio de las que **se manifiesta la enfermedad**
- Es una de las **experiencias más fuertemente asociadas** con el padecimiento y de más **difícil control**.



Existen concepciones sobre el dolor

Son **constituidas social y culturalmente:**

- La forma de soportarlo
- La forma de manejarlo
- La forma de obtener alivio, de luchar contra este, de sufrirlo o de reivindicarlo



Pero...

¿Cómo se maneja integralmente al paciente en todos los aspectos que encierra el dolor total, incluyendo el sufrimiento?

Manejo integral del dolor total, incluyendo el sufrimiento

- Comunicación
- Escucha Activa
- Fortalecer relación médico-paciente
- Atención al paciente que sufre de dolor
- La calidad, la asertividad del diagnóstico y tratamiento del dolor tienen una fuerte relación con la humanización de la actividad clínica.



Haque y Waytz, han señalado que:

“La deshumanización se presenta dentro del campo de la salud cuando en todos o en parte de los componentes que integran la atención al paciente se presenta una negación o negligencia con respecto a la existencia de lo que el paciente piensa y siente”.

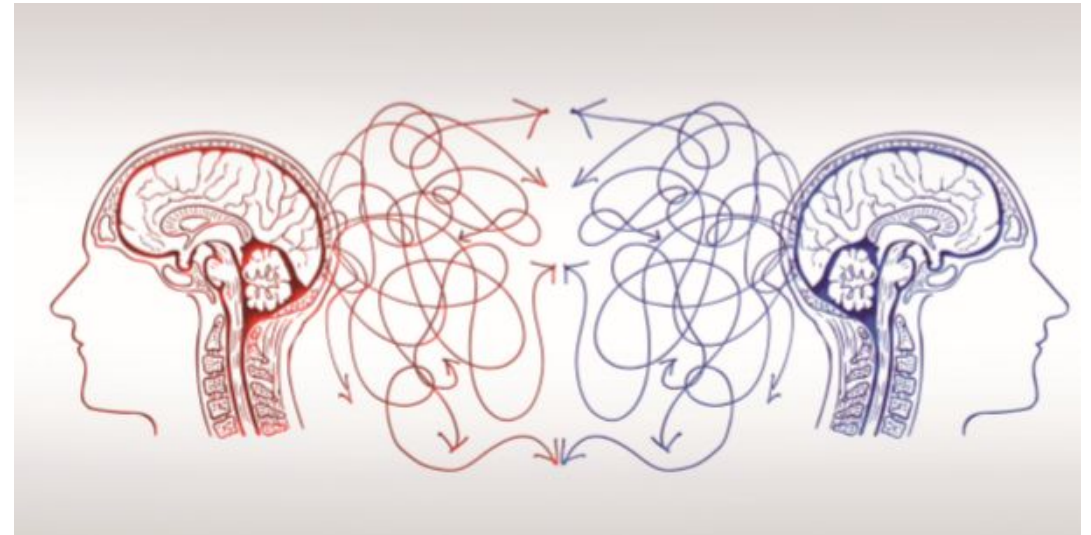
Manejo integral del dolor total, incluyendo el sufrimiento

Es la **capacidad de un sujeto de sentir dolor y placer**, descrita por el término “**experiencia**” y la capacidad de este de planear, intentar ejercer y finalmente **ejercer una elección**.

Dolor total éste concepto busca:

Atender, de manera meticulosa y asertiva, la **experiencia** de cada paciente, es decir:

- Las **condiciones de dolor** que aquejan a cada persona de acuerdo con sus características particulares (físicas y psicológicas)
- Al **estado** en el **que se encuentra** en el desarrollo de la **enfermedad**
- Al **contexto social** que lo rodea y
- La **dimensión espiritual** desde la cual vive su enfermedad
- Su **enfrentamiento** con la posibilidad de **una muerte próxima**



Manejo integral del dolor total, incluyendo el sufrimiento

En este sentido, el concepto de dolor total permite entender la enfermedad y el proceso final de la vida como **experiencias de enfermedad, padecimiento y disfunción social** que comporta **diferentes formas de sufrimiento** que deben ser **atendidas de manera integral**.



La mirada que acuña el **concepto de dolor total** permite al profesional **entender** la enfermedad terminal y **sus problemas físicos, psicosociales y espirituales** como un fenómeno múltiple en donde **cada acto clínico no solo tiene implicaciones biológicas** sino que se trata de **un acto de comunicación verbal o no verbal** que debe estar **dirigido a mejorar la calidad de vida del paciente** dentro de las **diferentes esferas de su vida**.

CONCLUSIONES

- La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población.
- El dolor crea sufrimiento y su presencia actúa como un estresante permanente que recuerda al enfermo su condición y no solo le abrumba por el sufrimiento inmediato que le causa, sino también por la sensación de amenaza e impotencia sobre su futuro, particularmente cuando se acerca al peor dolor o cuando el dolor señala una inminencia de la muerte, de un daño orgánico grave o de una afección que pueda llevar a la invalidez.
- Generalmente, se prioriza el manejo del dolor físico, dejando de lado los otros aspectos del dolor total, limitando las herramientas de comprensión del fenómeno, y restringiendo las posibilidades de manejo de los pacientes aquejados por esta experiencia.

CONCLUSIONES

- La educación médica debe implementar niveles y estándares formativos tanto en pregrado como en posgrado en relación con el dolor total.
- Este concepto permite al profesional de la salud centrarse más en el paciente que en su patología, y ofrecerle una mejor calidad de vida, sin importar su pronóstico, esto significa acompañar al paciente a morir en paz y a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento final.
- El concepto de dolor total es entonces una herramienta fundamental dentro de la humanización del trato al paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal.



dgapa

Dirección General de Asuntos
del Personal Académico

¡Gracias por su atención!

El dolor físico versus dolor total en cuidados paliativos.

Lic. Verónica Salas Gutiérrez
Hospital Español, México
www.verosalas.com