

TEMA 7

CUIDADOS AL PACIENTE CON DOLOR

EL DOLOR

Es algo subjetivo, una experiencia individual (no es igual para todos).

El dolor existe si el paciente dice que lo tiene

Puede haber dolor de tipo psicogeno.

Es una misma situación, el dolor será diferente en las dos personas y dependerá de: religion, sexo, cultura, creencias.

Hay culturas que creen que el dolor santifica, y otros que es un castigo.

Las personas reaccionan diferente ante los mismos estímulos.

El estado de animo influye ante el dolor.

* Lo que hace variar el dolor:

– **Umbral del dolor:** estimulo a partir del cual nosotros percibimos el dolor e iniciamos una respuesta.

– **Tolerancia al dolor:** punto máximo que somos capaces de soportar.

– **Endorfinas:** proteínas endogenas que actúan a modo de opiáceo (efecto morfina), y lo que sucede es que en situaciones de placer y bien estar se segregan mas endorfinas en el cual nuestro estado de animo varia.

DOLOR

* **Componentes:**

– Estado físico y mental

– Sensación corporal de daño (sí un paciente dice que tiene dolor, hemos de creer que lo tiene).

– Respuesta

* **Fisiología:**

– Tejido dañado = dolor, el dolor se produce cuando hay lesión del tejido con afectación de las terminaciones sensoriales y esto se traduce fisiológicamente como DOLOR

– El dolor tiene un INICIO estimulación de las terminaciones nerviosas sensoriales, provocadas por:

* Irritantes químicos: producen destrucción de tejidos y células, liberándose quinina que es irritante y produce inflamación (quinina: resultado del metabolismo celular).

* Isquemia: falta de aporte circulatorio, por lo que se acumulan productos de deshecho metabólico (quinina) y se irritan las zonas y las terminaciones nerviosas. ej: cuando cruzamos las piernas.

* Traumatismos mecánicos:

a) Provocado por una fuerza física ej: martilla-zo, produciéndose dolor por la inflamación, que hace que aumente la presión sobre las terminaciones nerviosas.

b) Distensión: hay vasoconstricción que acaba causando isquemia, provocando dolor.

c) Contracción: causando isquemia y luego dolor.

* Extremos térmicos (frío o calor): ej: por tomar el sol mucho rato, se produce una lesión cutánea produciendo dolor. ej: frío, produce lesión de los tejidos produciendo dolor.

* Estímulos de tipo psicogeno: no hay un proceso fisiológico en ellos, y se da en situaciones de trastornos emocionales, cuando se produce una conversión, es decir el paciente ante estas situaciones convierte esos trastornos en síntomas orgánicos ej: hipocondríaco.

Hay unas células llamadas alfa que transmiten sensaciones poco intensas (dolor agudo), tienen mucha mielina, por ello la transmisión de ese dolor es más rápida ej: dolor gástrico.

Hay otras células que transmiten sensaciones más intensas (dolor crónico), no tienen mielina, por ello la transmisión del estímulo es más difusa y menos rápida. ej: pincharse con una aguja.

PERCEPCION MANIFESTACION

cultura, religión, edad, Verbalización del dolor.

sexo, experiencia previa Patrones de afrontamiento.

factores emocionales, Interacciones interpersonales, rechazo

significado del dolor

EXPERIENCIA DOLOROSA

INTERVENCION

No cruenta: Cruenta: Farmacológica:

Calor, Frío Bloqueo nervioso Agentes no opiáceos

Relajación, Cirugía Medicación coadyuvante

Fantasía, Acupuntura

Hipnosis,

Masaje,

Biorretroalimentación

DOLOR SELECTIVO: Se recibe el dolor más intenso a pesar de que hay mas fracturas y lesiones que también causan dolor, pero, no es tan intenso.

Se produce un dolor selectivo, se siente dolor jerarquizado, porque ha percibido mas dolor en un lugar que en otro.

Ej: en un accidente, te haces una fractura abierta (pierna), y te cortas en los brazos con cristales, lo primero que te dolerá será la fractura abierta. Pero después se notará el dolor de los cortes con los cristales.

Ej: Un embarazo no deseado y uno deseado.

* A nivel fisiológico puede haber una respuesta motora con movimientos voluntarios (frotamiento, contraer los puños) o involuntarios (reflejo).

* Hay estimulación del SNA tanto a nivel simpático (taquipnea, taquicardia, aumento de la secreción, aumento de la adrenalina, excitación), como del parasimpático, cuando el dolor es muy intenso, produciendo shock por dolor, en el cual hay vasodilatación masiva, disminuyendo la T.A, y provocando el shock por dolor.

CARACTERISTICAS DEL DOLOR AGUDO Y CRONICO

DOLOR AGUDO DOLOR CRONICO

* Corta duración * Persiste mas de algunos meses (por lo general 5–6).

* Su origen suele estar * Puede o no estar bien definido.

-bien definido * Aparece de forma gradual y persiste

* Disminuye con la * Es extenuante y carente de utilidad.

curación. * Va de leve a intenso

* Es reversible * Puede asociarse a depresión y fatiga.

* Va de leve a intenso

* Puede ir acompañado de

ansiedad

* **Crónico maligno, crónico no maligno y crónico intermitente.**

RESPUESTAS FISIOLOGICAS RESPUESTA FISIOLOGICA

* T.A * T.A normal

* Pulso * Pulso normal

* Frecuencia Respiratoria * Frecuencia respiratoria normal

* Dilatación pupilar * Tamaño pupilar normal

* Transpiración * Piel seca

(sudoracion por la

descarga de adrenalina)

RESPUESTAS COMPORTAMENTALES R. COMPORTAMEN-TALES

* Se centra en el dolor. * No informa de dolor a

* Informa que sufre dolor menos que se le pregun-te.

* Lloro y gime * Tranquilo, duerme o descansa.

* Frota la parte dolorosa * Dirige su atención a

* Tensión muscular. cosas distintas al do-lor

* Tiene expresión ceñuda * Expresión facial vacía o normal.

y hace muecas * Inactividad o inmovilidad física

ORIGEN Y DESCRIPCION DE LOS TIPOS DE DOLOR

TIPO DE DOLOR ORIGEN DESCRIPCION

* surge de los * Bien loca-lizado

localizados, re- se suele describir

lacionado por lo como cte, agudo,

Superficial general con una hormigueante o pal

alteración de las pitante.

terminaciones ner-

viosas.

* Surge de estruc- * Localización

turas somáticas o profunda difícil

Visceral viscerales (muscu- de localizar, pue

los, periostio, or- de ser sordo o

ganos apagado.

* Se percibe en una * Un ejemplo fre--

zona distinta de cuente es el del

Referido donde -se localiza la pte. con infarto de

lesión primitiva: su miocardio al que

origen suele encontrarse el hombro

trase en una víscera.

* Se debe a la destrucción - *Suele ser intenso

ción o lesión de una y quemante: este

zona del SNC, como tipo de dolor no

sucede en las neural - siempre responde a

gias, causalgias o los opiáceos ej:

Central dolores de miembros herpes zoster; se

fantasmas (miembro lesiona el nervio

amputado), el pte. trigemino, causa

tiene dolor de un mucho dolor, es

miembro que no tiene causa de suicidio.

DOLOR PSICOGENO

No tiene causa orgánica, pero el paciente tiene dolor aunque no tenga nada que se lo provoque, típico de los hipocondríacos.

En este tipo de pacientes a veces se les da el PLACEBO, es decir, no tiene efecto farmacológico, lo único que hace es que el paciente por el solo hecho de que se le de algún supuesto medicamento, su organismo empieza a segregar endorfinas, las cuales hacen desaparecer el dolor.

COMO INTERVENIMOS PARA ALIVIAR EL DOLOR

*** NO CRUENTA**

* **CALOR:** Puede favorecer el espasmo muscular, ayuda en las infecciones, hace que las defensas del organismo actúen etc... Reduce la sensibilidad al dolor, disminuye la rigidez articular hasta desaparecer.

* **FRIO:** De forma superficial alivia el dolor. Reduce la sensibilidad a nivel de receptores superficiales ej: cirugía estética, insensibiliza la zona y a los receptores del dolor, y disminuye la inflamación. Si se aplica durante mucho tiempo puede causar quemaduras.

* **ENET O ESTIMULACION ELECTRICA NERVIOSA TRASNCUTANEA;** cuando hay dolor se da un espasmo muscular, que produce una disfunción en ese miembro o zona... y esto disminuye colocando

electrodos y estimulando la zona espasmótica consiguiendo relajar los músculos y disminuir el dolor.

* **TECNICAS DE RELAJACION**

* **FANTASIA:** (visualización), desviar la atención hacia recuerdos más placenteros.

* **MASAJE:** Mediante la presión superficial se disminuye el dolor ya que esto relaja los músculos y mejora la circulación. El masaje superficial es el más utilizado. Previene ulceraciones etc...

* **BIORRETROALIMENTACION:** esta basado en la estimulación muscular a partir del estímulo mental. El paciente se concentra en una zona determinada de su cuerpo, y logra moverlo, nosotros lo visualizamos.

* **FARMACOLOGICA**

* **NO OPIACEOS;** nolutil, paracetamol (no es AINE), AAS o AINE (antiinfla-matorio no esteroideo). La dosis con mayor efectividad es de 650–1000mg/24h

* **OPIACEOS:** son derivados morficos (morfina)

– Tener en cuenta:

* Hay que ir del fármaco menos potente al más potente, es decir del no opiáceo al opiáceo.

* No hay que aguantar el dolor, así se requieren dosis menores.

* La vía más eficaz es la oral y endovenosa, la menos eficaz será la intramuscular

* Cuando hay dolor y se administra medicación es importante que el ambiente donde esta el paciente sea relajado, sin ruidos, eso ayudara a que el dolor cese.

* Se utilizan opiáceos con no opiáceos; así su efecto será más eficaz.

ej: morfina + aspirina

* Son depresores del SNC con los cual disminuyen la producción intensa de endorfinas, disminuyen la respiración.

* **MEDICACION COADYUVANTE;** en este caso se da un fármaco para una cosa en concreto, pero que a su vez ayuda a aliviar el dolor.

* **CRUENTA**

* **BLOQUEO NERVIOSO:** Mediante anestésicos muy selectivos

* **CIRUGIA:** Sección

* **ACUNPUNTURA:** Utilizacion de agujas que va relacionado con la transmisión nerviosa.