



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/089.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **La vivencia del dolor desde la visión de los pacientes quemados graves. Un estudio fenomenológico**

Autores MT Pérez Boluda, JM Morales Asencio, Alejandro Carrera Vela

Centro/institución Hospital Regional Universitario.

Ciudad/país Málaga, España

Dirección e-mail maiboluda@yahoo.es

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

En los pacientes hospitalizados la falta de alivio del dolor tiene importantes repercusiones, no sólo por el sufrimiento innecesario, sino también por las complicaciones y retrasos en las altas, con el consiguiente incremento en los costes asistenciales. Un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costes, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort, algo cada vez más demandado por los pacientes, siendo la estandarización de programas para el manejo del dolor una de las medidas más efectivas^{1, 2}

Los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental en el manejo del dolor, mediante el conocimiento actualizado sobre las medidas para controlarlo y adoptando unas buenas prácticas en la valoración y manejo del dolor². Un manejo adecuado del dolor empieza por una valoración continua en busca de su detección, de ahí que desde principios de este siglo se la haya denominado la "quinta constante vital"³

Los pacientes quemados son unos de los que con mayor intensidad sufren este problema. Todos los pacientes quemados experimentan dolor independientemente del tamaño, localización o profundidad de la quemadura, con secuelas de que afectan a nivel respiratorio, cardiovascular, neuroendocrino^{4,5} y psicológico. La evolución dinámica del dolor en el paciente quemado, tanto a nivel central como periférico, así como la multitud de factores que influyen en su percepción, ponen de relieve la necesidad de un plan de atención que sea igualmente dinámico y multifacético⁶. Los problemas de mayor calado en el paciente quemado tienen que ver con su acusada vulnerabilidad y dependencia, destacando la vivencia de la experiencia del dolor a lo largo de todo el proceso como la causa que mayor sufrimiento reporte. Esta presencia

de dolor fluctuante en intensidad, con estímulos nociceptivos repetitivos, hiperalgesia y múltiples procedimientos que lo pueden incrementar exponencialmente, generan situaciones que ponen a prueba la capacidad de adaptación y afrontamiento de la persona y sus seres queridos, siendo frecuente la presencia de estrés postraumático 7

Habitualmente en la unidad de quemados, se pauta la analgesia a un intervalo fijo de tiempo, cada 4h y, en ocasiones, la opción de refuerzo en caso de reagudización de dolor. Además en algunos casos se usa simultáneamente, una pequeña bomba de infusión que administra analgesia de forma continua, con la opción de administrarse el propio paciente un bolo si no se controla el dolor (PCA).

La característica subjetiva de dolor hace muy difícil transmitir la experiencia sensorial del fenómeno, siendo necesario analizar por separado los diferentes elementos, sobre todo, la propia visión de los pacientes sobre la experiencia del dolor y la recepción de analgesia como principal acción terapéutica para hacerle frente por parte de los equipos asistenciales. El objetivo de este estudio fue describir las vivencias de los pacientes quemados en su experiencia con el dolor y la analgesia durante su estancia en la Unidad de Quemados.

Metodología

Estudio cualitativo fenomenológico eidético. Sujetos: Pacientes dados de alta en una Unidad de Quemados, con lesiones térmicas, mayores de 18 años y con capacidad para llevar a cabo entrevistas. La técnica empleada fue la de entrevistas en profundidad semi-estructuradas a partir de un guión para evaluar el dolor durante el ingreso y al alta en domicilio. Análisis: Las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente para su lectura repetida, descubrimiento de temas emergentes, codificación y posterior agrupación en categorías. El muestreo fue intencional y estuvo guiado por el principio de saturación. A todos los sujetos se les solicitó consentimiento previo y el estudio fue autorizado por la Comisión de Ética e Investigación del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Resultados

Se llevaron a cabo 7 entrevistas en profundidad a 4 hombres y 3 mujeres. Las categorías principales identificadas fueron la falta de control adecuado del dolor basal, anticipación en la demanda de analgesia, las curas como experiencia más dolorosa y el temor a la adicción a los analgésicos.

Con respecto a la primera categoría, los informantes explican que no se controla bien el dolor basal. Con cualquier procedimiento y técnica se fusiona el dolor agudo, confluyendo dos tipos de dolor físico. El sufrimiento crea ansiedad, angustia, desconcierto, privación del sueño, cansancio, limitación de actividad física, entre otros. Destacan la importancia del manejo del dolor, ya que se evitarían estas consecuencias indeseables:

“Me levantaba, chillaba, mira que necesito que me deis algo, no que ya te hemos dado un enantyun, te hemos dado un nolotil, te hemos dado no se qué, pero no habrá otra cosa que me lo quite del tirón. Estuve así desde las dos de la tarde hasta las cinco, no perdón desde las 11,30 de la mañana hasta las cinco. A las 13,30 dejaban entrar a los familiares, mi mujer me cogía la mano, yo le apretaba la mano, me intentaba relajar un poco pero no podía.” (P6, Varón)

“Pero es que la tienes en carne viva, no tienes ni piel ni nada. Cualquier roce, cualquier cosa. El simple amago de hacerte así, de hacer como para tocarte, ya te duele, el simple amago, ya el cuerpo se contrae” (P3, Varón)

“Yo creí que era un estropajo, con lo que te limpiaban. Luego no, con lo que te limpiaban al final eran gasas. Pero yo creí que era un estropajo. Era horroroso” (P1, Mujer)

“Entrevistador.- era el momento digamos, más temido por ti, a lo largo del día cuando tenías la cura

“A lo largo del día y por la noche sin dormir si sabías que te tocaba curar al otro día.” (P3, Varón)

“Era más angustia, pero porque aquello acabara” (P3, Varón)

Puntualizan que a pesar de la analgesia administrada no dejan de sentir dolor, continúan manifestándolo, ya que rara vez es controlado totalmente y que por ello se anticipan constantemente en la demanda de analgesia, ya que no es mitigado de forma satisfactoria debido a medicación insuficiente, cuando para ellos el alivio del dolor es vital e imprescindible:

“Si un aparato, un aparatito colgado si es verdad (P4, Varón)

Entrevistador - y aparte de eso, te poníamos calmantes cada cuatro horas

Sí, eso sí (P4, Varón)

Entrevistador.- esas cosas las tenías también para las curas. Pero a pesar de eso y el chupa chupst ¿seguías con el mismo dolor?

Me seguía doliendo, si me dolía, me seguía doliendo” (P4, Varón)

“Cuando pasaba una hora o una hora y pico los pedias tú” (P3, Varón)

Aumenta su demanda de analgesia por el aumento del dolor en la aplicación de los cuidados, destacando las curas de las lesiones como la experiencia más álgida y desagradable. Algunos explican que según el profesional que les atiende, así es su demanda de analgesia:

“Era... uff... no sabría uno ni cómo explicártelo. Era un dolor muy grande. Me daban un chupa chups, me parece que de morfina de 600 y eso a mí no me hacía nada. Es que me dolía a rabiar todavía también” (P4, Varón)

“Yo quería que cuando llegar la cura me pusieran algo para el dolor y eso. Pero como el médico lo que hacía es que te veía antes y decía no, no, no. Y algunas enfermeras que se apiadaban de mi me ponían una dolantina y ya entraba yo allí... y eso” (P1, Mujer)

Los pacientes ven imprescindible la analgesia, pero, aunque algunos expresan temor a una posible adicción y por eso no demandan más analgesia:

“A la hora de dormir sí, yo lo que quería era estar durmiendo. Cuando era la hora de dormir, yo decía, dame un sedante, dame algo, algo, algo para dormir, que no me, que no me quería enterar de nada. ¡Claro que los medicamentos son muy importantes para el dolor!” (P2, Mujer)

“Yo tampoco lo pedía, es que era tonta, tonta o no sé porque ella decía, pídelo, pídelo. Es que estaba muy apática allí no... si me hubieran dejado los cuatro meses durmiendo, feliz. No sé qué decirte porque yo no pedía, no, no, no sé explicarte. Porque yo estaba enchufada a una bomba. Y eran algunas cuando venían, decían, pero bueno, si tienes aquí esto, que le des, que le des. No sé si pensaría yo que eso pudiera ser perjudicial a la larga, pero no se te decir porque, no te puedo explicar porque no decía dame, dame, dame ” (P2, Mujer)

Es significativo resaltar cómo los pacientes describen los efectos secundarios de los analgésicos y como dejan paulatinamente de demandar analgesia según van evolucionando las lesiones y disminuye el dolor.

“Había un calmante que era el nolotil, a mi me... yo creo que el nolotil a mi me empeoraba. Porque era cuando me daban los cambios de temperatura. Era darme el nolotil y darme el cambio de temperatura aquel bestial, de estar arrecido, a estar sudando, a estar otra vez arrecido, eso era con el nolotil.” (P3, Varón)

“Fuimos dejando los calmantes, nosotros solos ya. Nosotros mismos dejamos de pedirlos”: (P3, Varón)

Discusion

Este estudio pretendía conocer la perspectiva propia de los pacientes quemados sobre la vivencia del dolor y de la analgesia. Los resultados del estudio coinciden con otros hallazgos en los que se refleja que el dolor es un problema grave para los pacientes quemados en todas las fases del proceso, sobre todo en la fase de curación y movilización/rehabilitación 8, pudiendo persistir el dolor severo, lo cual, genera que el control del dolor sea un elemento activo⁹. Del mismo modo, el hallazgo de que el dolor de los pacientes quemados no recibe el control adecuado ha sido previamente identificado en otros estudios previos (10). Llama la atención que sea un fenómeno conocido e identificado por los pacientes y persista su control subóptimo. Quizás una de las causas tenga que ver con que el manejo del dolor agudo no recibe la prioridad necesaria por parte de las instituciones sanitarias y persistan prácticas tan comunes y poco eficaces como la prescripción de analgésicos “según necesidad” 9.

La diversidad y complejidad que caracteriza a los pacientes quemados hace que sus mecanismos de afrontamiento hacia el dolor requieran enfoques muy personalizados y reconocer esta dificultad quizás sea el primer paso para ofrecer una adecuada intervención 10. La anticipación a la experiencia dolorosa y a la petición de analgesia es un aspecto clave que coincide con los hallazgos de otros autores 11.

La base del tratamiento analgésico en los quemados son los opioides^{12,13} y nuestros resultados también concuerdan con la bibliografía hallada sobre el miedo socialmente generalizado al potencial adictivo de algunos medicamentos como los opioides¹⁰. Esto no debiera ser un freno a la hora de la administración del tratamiento analgésico, ya que en ningún caso se ha demostrado en la práctica clínica una incidencia importante de adicción a los opioides cuando estos pacientes han sido dados de alta hospitalaria 13. Sí es una buena práctica la retirada progresiva de la analgesia en los pacientes quemados, debido a las altas dosis y que reciben durante las fases más agudas del proceso¹⁴.

Y en otro estudio realizado mediante una encuesta enviada a 1500 quemados de los que respondieron , 358 (24%) en el que se describe Of 1,500 members who received the survey, 358 (24%) responded. el 52% de los encuestados tuvo dolor en el proceso relacionado con las quemaduras, de los que el 46% fueron capaces de caracterizar su dolor con una o más de 15 características. Two-thirds (66%) reported that pain interfered with their rehabilitation, and 55% reported that pain interfered with their daily lives. Dos tercios (66%) informaron que el dolor interfería con su rehabilitación, y el 55% informó de que el dolor interfiere con su vida diaria¹⁴

Conclusiones

La metodología cualitativa aporta nuevas perspectivas en el conocimiento del problema del dolor que pueden ayudar por una parte a mejorar la atención que se presta a este tipo de pacientes y, por otra, a aumentar la sensibilidad de profesionales y organizaciones hacia una priorización más notoria del control del dolor en los pacientes quemados. La individualidad de la experiencia del dolor puede ser explorada mediante métodos cualitativos con gran solvencia y constituyen una de las aproximaciones metodológicas imprescindibles en cualquier propósito de mejora de la calidad de la atención sanitaria que se pretenda acometer con este tipo de pacientes.

Bibliografía

1. Fernández Morales E, Gálvez Alcaraz L, Fernández Crehuet Navajas J, Gómez Gracia E, Salinas Martínez J. Epidemiology of burns in Málaga, Spain. *Burns*. 1997;23: 323-32.
2. Domínguez Roldán JM, Gómez Cía T, Martín Bermúdez R. El paciente quemado grave, En: Gil Cebrián J y cols. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Edición Electrónica. Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Cuidados Críticos. Disponible en <http://tratado.uninet.edu/c0908i.html> [consultado el 26.05.14].
3. Veterans Health Administration Memorandum: Pain as the Fifth Vital Sign. 1999
4. Curiel Balsera E, Prieto Palomino MA, Fernández Jiménez S, Fernández Ortega JF, Mora Ordoñez J, Delgado Amaya M. Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbimortalidad del gran quemado. *Med Intensiva*. 2006; 30(8): 363-639.
5. Charlton E. Treatment of postoperative pain. An updated review refresher course syllabus. IASP Scientific Program Committee. *Pain*. 2002: 351-6.
6. Connor-Ballard PA. Understanding and managing burn pain: part 1. *Am J Nurs*. 2009;109(4):48-56
7. Sveen J, Ekselius L, Gerdin B, Willebrand M. A prospective longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptom trajectories after burn injury. *J Trauma*. 2011;71(6):1808-15
8. Patterson DR, Tininenko J, Ptacek JT. Pain during burn hospitalization predicts long-term outcome. *J Burn Care Res*. 2006; 27(5):719-26.

9. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención. Disponible en: http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/34_Tratamiento-del-Dolor-Agudo.pdf [consultado el 25.05.14].
10. Klinge K, Chamberlain DJ, Redden M, King L. Psychological adjustments made by postburn injury patients: an integrative literature review. *J Adv Nurs*. 2009;65(11):2274–92.
11. Tengvall O, Wickman M, Wengström Y. Memories of pain after burn injury--the patient's experience. *J Burn Care Res*. 2010;31(2):319–27.
12. García Amiguete F, Herrera Morillas JL, García Moreno R, Velázquez Guisado S, Picó Tato. Manejo y reanimación del paciente quemado. *Emergencias y Catástrofes*. 2000; 1(4): 217-22.
13. Abdi S, Zhou Y. Management of pain after burn injury. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2002; 15(5):563-7.
14. Rivera Brenes R. Sedación y Analgesia: una revisión. *Acta Perd Costarric*. 2002; 16(1).