

Beatriz Sánchez Herrera

Magíster en Enfermería, Universidad de Pensilvania
Profesora Asociada, Facultad de Enfermería,
Universidad Nacional de Colombia.

Abordajes teóricos para comprender el dolor humano

RESUMEN

El artículo presenta el dolor como el síntoma más frecuente con el que se identifican problemas de salud. Para apoyar la comprensión de su naturaleza compleja, propone formas de clasificarlo, según su origen, duración, intensidad, localización y velocidad de conducción. Además, presenta algunas teorías que explican la naturaleza de la experiencia dolorosa, como la de la especificidad del dolor y la del patrón del dolor, dos teorías sobre la percepción del dolor, que incluyen la teoría del control de las compuertas y la teoría de las endorfinas y de los no opiáceos, la teoría de los multirreceptores opiáceos para la sensación dolorosa, la teoría psicológica del dolor y, por último, como aportes importantes de la enfermería a este campo, las teorías de mediano rango de los síntomas desagradables, la del equilibrio entre la analgesia y los efectos colaterales. El artículo finaliza presentando un breve análisis de la utilidad del abordaje teórico sobre el dolor para la práctica de enfermería.

PALABRAS CLAVE:

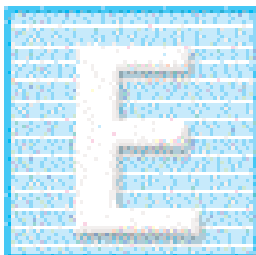
Dolor, teoría del dolor, analgesia.

ABSTRACT

This article presents pain as the most frequent symptom with which health problems are identified. To support the comprehension of its complex nature, it propose ways to classify it, according to its origin, duration, intensity, localization and speed of conduction. Moreover, it presents some theories to explain the nature of pain experience, such as the one of specific pain and pain model, two theories about pain perception, including control theory of entries and theory of endorphins and non opium, theory of multiple receptors of opium for pain sensation, theory of psychological pain as an important contribution for nursing, theories of medium range of unpleasant symptoms, of equilibrium between analgesia and side effects. The article ends presenting a brief analysis of the utility of a theoretical approach about pain for nursing practice.

KEY WORDS:

Pain, theory of pain, analgesia.



El dolor es el síntoma aislado por el cual la gente consulta con mayor frecuencia a los profesionales de la salud y a personas que considera expertas en el campo. De acuerdo con la definición formulada en 1980 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, que sigue vigente, el dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada con una lesión real o potencial de un tejido; es decir, se admite que además de una lesión, existe la contribución psicológica a la experiencia del dolor. El mismo grupo ha empleado también el término nocicepción, que procede de la palabra nocivo, para describir la experiencia de un estímulo que lesiona los tejidos.

La complejidad e impacto del dolor humano ha generado múltiples abordajes teóricos, que pretenden clasificarlo y explicarlo, con el fin de que pueda ser abordado de manera más acertada. Las teorías no representan un hecho real, sino que pueden describirlo, relacionarlo o predecirlo. En su conjunto, ellas ofrecen un marco de análisis que da la estructura para sistematizar la información, de manera que pueda ser empleada en la investigación, la educación o la asistencia.

I. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

Según la revisión hecha por Ganong (2), Dagnino (3) y Torrecillas (4), esta clasificación se ha realizado de acuerdo con el origen, la intensidad, la duración, la conducción o la ubicación que el dolor tenga. A continuación se presentan las principales clasificaciones, de empleo internacional, con el fin de que puedan ser aplicadas en la práctica de la enfermería.

1. Clasificación del dolor según su origen

Dependiendo de su origen, el dolor humano se divide en espiritual, físico o psicológico.

1.1. Espiritual. Este dolor es producido por las incomprendiones, la muerte de un ser querido, las injusticias, la depresión, la soledad. El dolor espiritual, al igual que el físico, tiene una razón de ser. Según Solimine y cols. (5), es una señal

de alarma de algo que no anda bien, y se asocia muchas veces a alteraciones físicas o psicológicas. En el caso de incapacidad o enfermedad de una persona, afirman las autoras, el espíritu va a actuar primero como un mediador para el individuo, para ganar fortaleza y superar la desarmonía, que es experimentada como desorganización, interrupción, tristeza, rabia, culpa, ansiedad, desespero o desesperanza. Luego el espíritu va a ayudar a la reorganización y, finalmente, a la resolución de la incapacidad en la vida de la persona, creando un sentido general de bienestar, que unifica al individuo con otros, la naturaleza y un poder superior. Cuando ese espíritu no está bien, cuando hay dolor espiritual, la etiología de esta “falta de espíritu” es también múltiple y diversa, y las necesidades espirituales se manifiestan a través de los síntomas físicos de dolor, duda, inquietud o desesperación, y por las conductas psicosociales, el lenguaje corporal, el habla y/o el silencio. La naturaleza intangible e indescriptible propia de lo espiritual hace que este dolor sea difícil de comprender para terceros, cuando no lo han vivido.

1.2. Físico. El dolor físico es una sensación subjetiva de molestia de alguna parte del cuerpo, que se produce por mecanismos orgánicos originados por lesiones o disfunciones con una variabilidad inmensa de causas. El dolor físico puede ser de carácter nociceptivo o neuropático.

1.2.1. Nociceptivo: resulta de la activación de nociceptores periféricos, que transmiten impulsos nerviosos a través de vías aferentes sensoriales, sin daño del nervio periférico ni del sistema nervioso central (SNC). Este tipo de dolor se clasifica a su vez en:

a. **Dolor somático:** es característicamente bien localizado, punzante, definido, y puede ser atribuido a una estructura anatómica específica.

b. **Dolor visceral:** se caracteriza por ser difuso, mal localizado, sordo, agotador, y por acompañarse de respuestas autonómicas como salivación, hipotensión, náuseas, vómitos.

c. **Dolor profundo:** puede definirse como el que se percibe en una zona del cuerpo diferente del lugar que le da origen.

1.2.2. Neuropático: es el dolor que resulta de una lesión directa sobre los nervios periféricos, los receptores nociceptivos o el SNC. Típicamente se describe como un dolor quemante, laceraante, que suele tener una distribución dermatómica clara.

1.3. Psicológico. Es un dolor real, aunque no tenga una base orgánica explicable. Se presenta en sujetos personalmente predispuestos, con reacciones exageradas a mínimos estímulos. El problema central es la amplificación involuntaria, con distorsión de esos impulsos periféricos por razones psicológicas.

2. Clasificación del dolor según su duración

2.1. Dolor agudo. Sirve como un mecanismo fisiológico protector, que nos informa cuando algo está mal en nuestro cuerpo o que previene daño adicional de los tejidos, al limitar el movimiento de partes lesionadas. Se presenta con respuestas comportamentales o del sistema autónomo y es

limitado en el tiempo. Cede cuando sana el tejido, y por lo general se puede controlar con medicamentos.

El dolor agudo genera ansiedad, que persiste en función de las dimensiones temporales del paciente. Tiene una duración inferior a los tres meses y es el resultado de una lesión. Su misión es alertar al individuo sobre algo que no funciona correctamente.

2.2. Dolor crónico. Así se denomina el dolor que persiste por algún tiempo, casi siempre se establece entre tres y seis meses, ocurre en intervalos de meses o años o se asocia a patología permanente. Si el individuo presenta este dolor, el cuerpo se ha adaptado y por lo general no hay respuestas fisiológicas o autonómicas. El dolor crónico suele ser continuo, intratable, intermitente o recurrente. Aun cuando sea leve, puede ser tan perverso que se vuelve una condición en sí mismo, y con frecuencia requiere manejo diario. También puede ir acompañado de alteraciones psíquicas concomitantes y no cumple, como el dolor agudo, una función definida, sino que hace parte de la enfermedad. Genera sentimientos de impotencia, desesperación y absurdidad.

Dentro del dolor crónico se distinguen a la vez dos categorías mayores, que son:

2.2.1. El dolor crónico no maligno, paradójicamente llamado dolor benigno, puesto que no se asocia con enfermedad terminal, pero no responde de manera adecuada al tratamiento médico convencional, por lo que se le denomina también dolor intratable.

2.2.2. El dolor crónico maligno, que está asociado a enfermedad terminal progresiva.

3. Clasificación del dolor según su intensidad

Según esta clasificación, el dolor refleja la fuerza o grado con que una persona lo experimenta. Por lo general, este nivel se mide con escalas que reflejan la forma como es percibido. Dentro de estas, las más utilizadas son la escala numérica, que va de 0 a 10, donde 0 es ausencia y 10 el máximo dolor

soportable, y la escala visual análoga (E.V.A.), que corresponde a una representación gráfica de la anterior.

Con base en la medición de la intensidad del dolor, este se clasifica en:

3.1. Leve. En él interviene básicamente la piel (o sea, la sensación cutánea), por medio de los receptores de presión, temperatura, tacto fino, que pueden ser lesionados por quemaduras, machucones, golpes, etc. Se considera dolor leve si la E.V.A. está entre 1 y 3.

3.2. Moderado. Es un estado intermedio entre el dolor leve y el severo; en él generalmente está involucrada la epidermis y el tejido celular subcutáneo. Se considera dolor moderado si la E.V.A. está entre 4 y 6.

3.3. Severo. En él se comprometen los músculos, las articulaciones, los huesos y otros tejidos (tendones, tejido conectivo, etc.). Se considera dolor severo si la E.V.A. está entre 7 y 10.

Vale la pena recordar que el umbral para la percepción dolorosa es individual y diferente en cada sujeto, por lo cual frente al mismo estímulo la percepción puede ser distinta.

4. Clasificación del dolor según su localización

4.1. Dolor localizado. Es producido por lesiones o condiciones agudas o crónicas, y reconocible por cuanto es un tipo de dolor limitado a la estructura inflamada o lesionada. Por lo general se acompaña de limitación del movimiento, como mecanismo de defensa para impedir su aparición o aumento de la intensidad.

4.2. Dolor difuso o propagado. Es aquel que se siente en estructuras sanas, como resultado de la lesión en otras estructuras. El dolor difuso puede ser irradiado o referido.

- **Dolor irradiado.** Es el tipo de dolor que se produce por lesión a nivel de una fibra sensitiva dolorosa, a distancia de su terminación. Por ejemplo, es el que se observa en la radiculitis ciática secundaria a hernia discal.

- **Dolor referido.** Es percibido a distancia de su origen, pero se diferencia del anterior en que mientras en él las partes lesionadas son las vías de su circuito, en este las vías nerviosas están indemnes. En el dolor referido, la lesión se produce en las estructuras esqueléticas, no en las neurales.

5. Clasificación del dolor según su velocidad de conducción

Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas desnudas, que se encuentran en casi todos los tejidos del organismo. Los impulsos dolorosos son transmitidos al SNC por dos tipos de fibras. Uno está compuesto de pequeñas fibras mielinizadas n, que conducen a velocidades de 12 a 30 m/segundo. El otro consiste en fibras C no mielinizadas, más gruesas, que se encuentran en la división lateral de las raíces dorsales; ellas conducen impulsos a velocidades bajas de 0,5 - 2 m/segundo. Los dos tipos terminan en el fascículo espinotalámico lateral, donde relevan a sus neuronas, y los impulsos dolorosos ascienden a través de este fascículo y de los núcleos posteroexternos ventrales del tálamo. De ahí, ellos relevan la circunvolución posrolándica de la corteza cerebral. Aunque no hay fibras de dolor en los cordones posteriores, la sección de estas fibras puede hacer los estímulos dolorosos más intensos y desagradables.

La presencia de dos vías para el dolor, una lenta y otra rápida, explica la observación fisiológica de que existen dos clases de dolor. Estas dos sensaciones se llaman indistintamente dolor rápido y dolor lento. Mientras más lejos del encéfalo se aplique el estímulo, mayor es la separación temporal de los dos componentes.

5.1. Dolor rápido. Se llama también primer dolor. Se caracteriza por ser una sensación viva, aguda, localizada. Se debe a la actividad de las fibras pequeñas de conducción rápida.

5.2. Dolor lento. Se llama también segundo dolor. Sigue a la sensación rápida, pero esta es una sensación de tipo sordo, doloroso, difuso y desagradable. Este dolor se debe a la actividad de las fibras C, que son gruesas y de conducción lenta.

II. TEORÍAS QUE EXPLICAN EL DOLOR

Son múltiples las teorías que han buscado explicar la experiencia dolorosa. Han surgido teorías desde la fisiología, la psicología y la antropología, y algunas más recientes han combinado las anteriores, considerado el dolor como parte de una experiencia total y compleja que afecta al ser humano. A continuación se resumen los principales abordajes teóricos, presentados por McCaffery y Beebe (6), Novel (7), Lenz y cols. (8, 9), y Good y Moore (10), que se han complementado entre sí para permitir la comprensión de esta experiencia humana.

1. Teoría de la especificidad del dolor

Es una de las más antiguas, con las cuales se explica la transmisión del dolor. Se basa en la concepción de que siempre hay una relación de causa-efecto en la percepción del dolor, y propone que hay receptores específicos del dolor (nociceptores), que proyectan impulsos sobre vías nerviosas específicas de dolor (A-delta y fibras C) por la médula espinal hacia el cerebro.

2. Teoría del patrón del dolor

Esta teoría surgió cuando se demostró que los nociceptores respondían a estímulos como la presión y la temperatura, y no solo al dolor. Sugiere que no hay nociceptores específicos para el dolor, y que este resulta de una combinación de intensidad de estímulos y del patrón de suma central de impulsos en el cuerno dorsal de la médula espinal.

3. Teoría del control de las compuertas en la percepción del dolor

Esta teoría se basa en las dos anteriores y es ampliamente utilizada en la clínica, aunque no tiene completo apoyo de evidencia experimental. Fue propuesta originalmente por Melzack y Wall, en 1965. Según ella, el dolor pasa por una serie de vías

nerviosas, en donde tiene que atravesar compuertas. Esta teoría propone que el dolor debe alcanzar un nivel de conciencia antes de ser percibido, y si este puede ser prevenido, la percepción disminuye o se elimina. Es decir, puesto que las fibras nerviosas periféricas hacen sinapsis en la materia gris del cuerno dorsal, esta área sirve como compuerta, y permite o inhibe la transmisión de impulsos dolorosos. Cuando la compuerta está total o parcialmente cerrada, se frenan los impulsos dolorosos y se evita que lleguen al cerebro. Si la compuerta está abierta, la sensación dolorosa se presentará, puesto que logra el nivel de conciencia requerido para ello.

Lo que resulta importante de esta teoría es que el mecanismo de cierre de las compuertas puede ser estimulado de varias formas, para contribuir al alivio del dolor. En la actualidad son claras tres formas de estímulo de esas compuertas, que incluyen:

1. La activación de fibras nerviosas de diámetro grueso. Puesto que la piel cuenta con un gran número de fibras de este tipo, la estimulación que se haga a nivel cutáneo resulta en un cierre efectivo de compuertas en las fibras de conducción dolorosa, lo que en muchos casos permite lograr alivio. Dicha estimulación puede producirse con vibración, con masaje en la zona álgida o en otras zonas, o con frotamiento rítmico como parte de la distracción.

2. La generación de estímulos sensoriales diferentes al dolor. Al parecer, el sistema reticular del tronco del encéfalo puede inhibir los estímulos que le llegan, incluido el dolor, si la persona está recibiendo estímulos sensoriales diferentes, porque emite señales que cierran las compuertas. Con base en ello se emplea la visualización dirigida, que implica concentración en experiencias visuales imaginadas.

3. Disminuir la angustia o la depresión innecesarias. Las compuertas se cierran mediante señales inhibitorias procedentes de la corteza cerebral y el tálamo, producidas al recibir información adecuada sobre las condiciones que genera la sensación dolorosa. En ese sentido, la sensación de control, a través de información precisa o de evocación de experiencias pasadas en donde se manejó el dolor adecuadamente, inhibe el estímulo doloroso de la misma forma. La compañía, como una forma de disminuir la angustia, puede apoyar en el alivio del dolor, más aún si quien la brinda genera mecanismos que disminuyan

la sensación de impotencia en estas personas. La teoría de control de la compuerta es útil para la enfermería, porque presenta un modelo conceptual integrado para la apreciación de los diversos factores que contribuyen en la experiencia y el alivio del dolor.

4. Teoría de las endorfinas y de los no opiáceos para la percepción del dolor

En 1977 se logra un avance muy importante en la comprensión de la percepción del dolor y de su alivio, con base en el aporte de Snyder, quien identificó sustancias secretadas por el cuerpo humano semejantes a los narcóticos, las cuales se denominan endorfinas.

Estas actúan encajándose en los receptores narcóticos de las terminaciones nerviosas, en el cerebro y la médula espinal, para bloquear la transmisión de la señal dolorosa y así evitar que el impulso alcance el nivel de conciencia. Según esta teoría, los niveles de endorfinas que tiene cada persona son diferentes, y los distintos estímulos pueden generar mayor o menor nivel de generación de estas sustancias, con lo cual se explican mejor algunos factores relacionados con las diferencias en la percepción o el umbral del dolor de las diferentes personas, y de una misma persona en distintas situaciones. Dentro de los factores conocidos que tienden a aumentar o disminuir las endorfinas se encuentran los siguientes:

1. Factores que las incrementan: dolor breve, estrés breve, el ejercicio físico, la acupuntura, la estimulación eléctrica transcutánea y la actividad sexual.

2. Factores que las disminuyen: el dolor prolongado, el estrés recurrente, la ansiedad y la depresión.

Investigaciones recientes han señalado que en el cerebro y en la médula espinal existen regiones específicas que presentan afinidad por los opiáceos, y estos receptores cerebrales se localizan en las mismas áreas generales donde se piensa que están los centros para el dolor. Se ha logrado aislar compuestos, llamados encefalinas, que el propio organismo produce para reducir el dolor, y que están formados por cinco aminoácidos. Parece que pueden deprimir las neuronas de todo el SNC. Estas

sustancias pertenecen al grupo de las endorfinas formadas por muchos aminoácidos, que se han aislado también en el organismo y que son producidos por la hipófisis. La administración de endorfinas, incluidas las encefalinas, produce efectos similares a los originados por los opiáceos.

El descubrimiento de un tipo de compuestos que son antagonistas específicos de la acción de los opiáceos ha hecho posible que el tratamiento de la sobredosis por opiáceos sea rápido y eficaz. El fármaco que se emplea habitualmente con este fin es la naloxona. Algunos de los antagonistas poseen también propiedades del tipo de los opiáceos, y esto ha conducido a la introducción de una nueva clase de analgésicos, los agonistas-antagonistas mixtos. Existe la esperanza de que estos medicamentos produzcan analgesia sin euforia, lo cual reduce su potencial para crear dependencia.

Aunque esta teoría ha permitido avances en la comprensión del dolor, se ha conocido, con posterioridad a la misma, que la analgesia por endorfinas no es un sistema único para el alivio del dolor; en ese sentido, se ha hecho necesario aceptar la analgesia por vías no opiáceas.

5. Teoría de los multirreceptores opiáceos para la sensación dolorosa

De las tres teorías fisiológicas del dolor, la de los multirreceptores opiáceos es la más reciente. Ella expone que en el SNC, a nivel espinal y supraespinal, los narcóticos alivian el dolor por diversas vías, que pueden complementarse, competir o ser específicas para ello.

Para explicar esto, se debe establecer inicialmente que existen tres zonas receptoras efectivas para el uso acertado de los narcóticos, denominadas zonas μ , κ y σ .

La zona receptora μ produce analgesia supraespinal y probablemente espinal, depresión respiratoria, dependencia física, tolerancia, estreñimiento y euforia. La zona receptora κ produce analgesia a nivel espinal y sedación, pero no depresión respiratoria, ni dependencia física, y la zona receptora σ produce estimulación vasomotora y posibles efectos psicóticómiméticos (alucinaciones).

Los fármacos se unen a las zonas receptoras de opiáceos con distintos grados de afinidad o intensidad; es decir, algunos se unen muy estrechamente, y se denominan “puros”, y otros lo hacen de manera débil, y se denominan “parciales”.

Cuando un fármaco se une a una zona receptora, la acción puede ser agonista o antagonista, pura o parcial. La comprensión de las zonas receptoras opiáceas nos permitirá determinar el fármaco más apropiado para ciertas vías de administración. Por ejemplo, un analgésico con afinidad solo por zonas receptoras opiáceas espinales podría ser la elección más lógica para una administración epidural o intratecal. De igual forma, la tolerancia a la analgesia se controla con más facilidad identificando los fármacos que actúan en las diversas zonas receptoras opiáceas.

6. Teoría psicológica del dolor

El enfoque psicológico del dolor se basa en el comportamiento humano. Esta teoría tiene varios participantes, que han aportado su conocimiento y han considerado al paciente como producto de la interacción de su personalidad, de sus valores sociales aprendidos, con lo cual se genera una respuesta individual. Acepta que el dolor es un concepto abstracto, que se refiere a una sensación personal y privada de daño, y más que una sensación se trata de una experiencia emocional desagradable, que queda mejor definida como el conocimiento de un estado de necesidad. La teoría reconoce que existen múltiples factores, tanto de orden individual como colectivo, que influyen en la percepción y en la expresión dolorosa. Entre estos factores están los propios del individuo (endógenos), como la personalidad, y los exógenos, como el medio ambiente, los culturales, sociales y educativos.

La teoría enfatiza, por lo tanto, que lo importante para tener en cuenta no es la idea que tenemos sobre el dolor que sufre el paciente, sino cómo lo percibe el mismo. En ese sentido, se proponen como medidas psicológicas para aliviar el dolor:

1. La relajación y técnicas de sugestión.
2. La administración de placebos.
3. El facilitar elementos de distracción.

4. Buscar el cambio de una actitud personal dolorosa hacia la experiencia dolorosa.

7. Teoría de mediano rango de los síntomas desagradables

Más recientemente, la enfermería ha contribuido al abordaje teórico del dolor. En un desarrollo colaborativo de una teoría de rango medio, que inició con dos investigaciones sobre fatiga y disnea, un grupo norteamericano de enfermeras, liderado por Lenz (8, 9), encontró que sus observaciones podrían ser aplicables a otros síntomas desagradables, como el dolor. Esta teoría considera la naturaleza compleja de los síntomas desagradables, que se puede apreciar en la medida en que a todo síntoma de esta clase se le pueden identificar al menos tres componentes, que son: unos factores relacionados, una forma de expresión particular y unas implicaciones de la experiencia.

Los factores relacionados son tres e incluyen los fisiológicos, los psicológicos y los situacionales. A continuación se aborda brevemente cada uno de ellos:

1. Los factores fisiológicos están relacionados con los sistemas orgánicos normales, las patologías y los niveles de nutrición, entre otros.
2. Los factores psicológicos se asocian con el estado anímico, la personalidad y el grado de ansiedad.
3. Los factores situacionales se relacionan con las experiencias personales, el estilo de vida y el apoyo social.

Las expresiones también tienen diferentes matices, que pueden buscarse para describir la experiencia del síntoma desagradable. Estos incluyen la duración y frecuencia del síntoma, su calidad y su intensidad, y la angustia. Al definir estas cuatro expresiones, como lo hicieron Lenz y sus colaboradoras, se pueden establecer:

1. La duración y frecuencia del síntoma.
2. La calidad del síntoma.

3. La intensidad del síntoma.

4. La angustia.

Por último, las autoras afirman que el impacto de la experiencia de un síntoma desagradable se puede ver a nivel funcional o de desempeño del rol; a nivel físico o de actividad, y a nivel cognitivo o de capacidad de resolver problemas. Estos niveles se describen como se explicita a continuación:

1. A nivel funcional o de desempeño del rol.

2. A nivel físico o de actividad.

3. A nivel cognitivo o de capacidad de resolver problemas.

Como se puede evidenciar de manera clara, esta teoría, a diferencia de las anteriores, permite analizar la experiencia dolorosa contextualizada, y le da una connotación que a la vez tiene unicidad y totalidad, para poder hacer un análisis como lo exige la práctica de la enfermería en cada situación en la que se aborde el cuidado de la experiencia de la salud humana. Parte de su importancia radica en que ella constituye un ejemplo en la construcción colectiva de un postulado teórico, con base en el cual se puede direccionar la valoración de los condicionantes, las expresiones y las implicaciones de este y otros síntomas desagradables. De otra parte, por ser una teoría de rango medio, tiene un alto nivel de aplicabilidad directa en la práctica, en donde es evidente que la aparición, expresión y consecuencias del dolor se asocian. Esta característica se hizo más evidente al destacar su utilidad para la investigación, comparándola con las clasificaciones internacionales de diagnóstico para la práctica de la enfermería (NANDA) y con la clasificación internacional de intervenciones de esta misma profesión (NIC).

Para la enfermería es esencial valorar estos factores, así como las características del dolor, como un aspecto fundamental para tener en cuenta en el momento de planear los cuidados de enfermería. Esta información permite interpretar las experiencias del dolor como las vive la persona y da opciones de cuidado de enfermería que son complementarias a la administración de analgésicos o inclusive pueden llegar a reducir la necesidad de suministrar estos. Así mismo, esta teoría da herramientas para evaluar la efectividad del plan, porque tiene en cuenta la funcionalidad de cada individuo.

De igual forma, esta teoría permite incluir al cuidador de la persona enferma, ya que el mismo hace parte de la situación o del contexto de la experiencia dolorosa, con lo cual se operacionaliza el carácter integral con que la enfermería aborda al ser humano.

8. Teoría de mediano rango del equilibrio entre la analgesia y los efectos colaterales, propuesta por la enfermería

Esta teoría de enfermería, que posee un rango medio, tiene como fin proponer unos pasos para orientar la acción profesional de la enfermería en el alivio del dolor agudo.

Un grupo de enfermeras norteamericanas iniciaron un proceso de investigación, en el cual se incluyó la revisión de guías para el manejo del dolor agudo, una revisión de la literatura sobre este manejo, la opinión de algunos usuarios y la de expertos. Con base en su estudio, propusieron esta teoría para el manejo del dolor agudo postoperatorio, en donde la meta fue lograr el equilibrio entre la analgesia y los efectos secundarios. Los pasos propuestos incluyen que la enfermera realice lo siguiente:

1. Administrar al paciente una medicación potente para el dolor agudo, junto con ayuda farmacológica.

2. Valorar de manera continua el dolor y sus efectos secundarios, para identificar las situaciones en que o bien no hay alivio o los efectos secundarios son evidentes.

3. Intervenir, cuando sea necesario, con nueva valoración de seguimiento y reintervención.

4. Enseñar al paciente y establecer con él las metas para el alivio del dolor. Con el surgimiento de esta nueva teoría, para aplicación en el dolor postoperatorio agudo, se hace tangible que las guías de evidencia científica son aportes importantes para la construcción de una mejor práctica en enfermería. Acá

se permite buscar un equilibrio entre la analgesia y los efectos secundarios, con valoración, seguimiento, ayudas farmacológicas y no farmacológicas, y con la participación del paciente y su cuidador.

III. UTILIDAD DEL ABORDAJE TEÓRICO SOBRE EL DOLOR PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

El saber y los conceptos relacionados con la enfermería, sus fuentes, sus criterios, los tipos de conocimiento posible, el grado con el que cada uno resulta cierto y la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido, han sido permanente motivo de preocupación para la enfermería. Como profesionales buscamos un conocimiento fiable y objetivo, para responder a fenómenos de cuidado de la salud humana.

Las teorías, como lo establece Parker (11), son patrones que guían el pensamiento sobre cómo ser y hacer en enfermería. Las teorías proporcionan conceptos y diseños, que definen el lugar de la enfermería en el cuidado de la salud, y al mismo tiempo suministran estructura y terreno para fortalecer la práctica.

Las teorías relacionadas con el dolor humano son múltiples, y en su mayoría han surgido de otras disciplinas. Ello amerita que en estos casos se tenga un proceso “retroductivo”, es decir, que la enfermería conozca y analice estos abordajes desde su perspectiva, para que de esta forma le resulten útiles.

Los avances que se han generado en las últimas décadas por parte de la enfermería, para ver la experiencia del dolor humano como un fenómeno de totalidad, constituyen un aporte muy significativo en el avance disciplinar en el campo. Su comprensión y empleo permitirán que se entienda el fenómeno, y se pueda relacionar, explicar y anticipar en muchos casos. La cualificación de la práctica del cuidado, evitando o aliviando el dolor innecesario, hace parte de la respuesta social que la profesión se debe exigir en la cotidianidad.

En resumen, el trabajo alrededor de evitar el dolor humano, como una experiencia sensitiva y emocional desagradable y nociva, exige a la enfermera tener esquemas simples que lleven a minimizar su impacto. Los abordajes teóricos que se presentan pretenden apoyar la sistematización y comprensión de la información y procesos de la experiencia del dolor humano, para mejorar la investigación y la educación y cualificar la asistencia, con miras a generar un mejor alivio del dolor en cada una de las personas con quienes se interactúa en el cuidado.

El saber y los conceptos relacionados con la enfermería, sus fuentes, sus criterios, los tipos de conocimiento posible, el grado con el que cada uno resulta cierto y la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido, han sido permanente motivo de preocupación para la enfermería.

REFERENCIAS

1. Dolor. *Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001*. © 1993-2000, Microsoft Corporation.
2. Ganong, William. *Manual de fisiología médica*, El Manual Moderno, 2000, pp. 91-97.
3. Dagnino, J. *Definiciones y clasificaciones del dolor*. Boletín, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 23: 148-151, 1994.
4. Torrecillas, L. *Funciones de enfermería en los cuidados y tratamiento del dolor. Evaluación y control del dolor. Escalas de valoración*. Artículo publicado en la web Saludbalear.com.
5. Solimine, Mary Ann, y Hoeman, Shirley P. "La espiritualidad: una perspectiva de rehabilitación". En: *Enfermería en rehabilitación: progreso y aplicación*, cap. 28, Editorial Mosby Year Book, 1996.
6. McCaffery, M. y Beebe, A. *Dolor: Manual clínico para la práctica de enfermería*, Salvat Editores, "Teorías sobre el dolor", pp. 39-45, 1992.
7. Novel, G. "Aspectos psicológicos del dolor". *Revista Rol de Enfermería*, No. 104, pp. 41-48, 1986.
8. Lenz, E.; Suppe, E.; Gift, A. y cols. *Adv. Nsg. Sci.*, 17 (3): 1-13, 1995.
9. Lenz, Elizabeth y cols. *Adv. Nsg. Sci.*, 19 (3): 14-27, 1997.
10. Good, Marion, y Moore, Shirley. "Guías de la práctica clínica como una fuente de teoría de mediano rango: foco en el dolor agudo". *Nursing Outlook*, 44 (2): 74-79, 1996.
11. Parker, Marilyn. *Teorías de enfermería y práctica de enfermería*, Ed. F. A. Davis, USA, 2001.