El dolor no siempre

JoAnn Mick, PhD, RN, AOCN, NEA-BC

CUANDO ERA una joven enfermera especialista en oncología y trabajaba en una unidad para pacientes con diagnósticos relacionados con el cáncer, una de mis funciones era pasar visita con los oncólogos y otros médicos. En una ocasión, acompañé a un cirujano de consulta para valorar el estado de un paciente en fase terminal, el Sr. F., de 77 años, a quien se le había diagnosticado cáncer metastásico y requería frecuentes hospitalizaciones por complicaciones relacionadas con el cáncer.

Cuando entré en la habitación, vi a un paciente hispano de aspecto frágil, acostado en la cama con las sábanas revueltas. Había ingresado la noche anterior con dolor abdominal, dificultad para respirar y gastroparesia secundaria a ascitis recurrente relacionada con la neoplasia. Estaba rodeado de tubos y dispositivos, y se le estaba practicando una paracentesis terapéutica con un catéter peritoneal conectado a un drenaje por gravedad.

Delihayat/iStock

es físico

Me detuve al otro lado de la cama de donde se encontraba el cirujano, que se presentó al paciente. El cirujano le explicó al señor F. que estaba allí para valorar si podía ofrecerle otras opciones de cuidados de alivio. Con el consentimiento del paciente, comenzó a explorar el abdomen del paciente. Mientras palpaba cada cuadrante abdominal, el cirujano iba preguntando al Sr. F. si sentía alguna molestia. Cuando ya era evidente que el paciente no respondía, el cirujano detuvo la exploración y le dijo: "Sr. F., realmente necesito que me ayude a localizar dónde le duele para decidir si puedo ofrecerle algo para que se encuentre más cómodo".

El cirujano reanudó la palpación, preguntando al paciente: "¿aquí?" y "¿qué tal aquí?". El señor F. permaneció en silencio, pero noté que en el borde de los ojos se le formaban lágrimas.

El cirujano le preguntó con más firmeza: "¿puede ayudarme a encontrar dónde le duele?". El paciente respiró hondo, espiró lentamente y respondió con voz débil: "doctor, ¿quiere saber dónde me duele realmente? Me duele la mente. Estoy preocupado por cómo mi esposa y mis hijos se están tomando mi enfermedad. Me preocupa si he hecho todo lo necesario para dejarlos en una buena situación cuando me llegue la hora".

La respuesta del Sr. F. me hizo comprender que, al estar centrados en el malestar físico del paciente, no nos habíamos preocupado de sus necesidades sociales y psicológicas. Mientras contemplaba su fragilidad y todos los tubos que salían de su cuerpo, el Sr. F. estaba menos preocupado por su dolor físico que por su sufrimiento emocional. Los cuidados que proporcionábamos, orientados hacia las tareas (manejo de dispositivos médicos y medicamentos), no eran unos verdaderos cuidados centrados en el paciente.

Comprender las necesidades fundamentales

Es bien sabido que la relación entre enfermera y paciente constituye la base de la práctica profesional de enfermería[1]. El concepto de cuidado enfermero de calidad requiere la comprensión de las necesidades fundamentales de los pacientes para ayudarles a sanar. Un entorno de curación óptimo es aquel en que los componentes sociales, psicológicos, espirituales, físicos y conductuales de la salud se unen para apoyar y estimular la curación[2]. Aunque las habilidades técnicas son importantes, las enfermeras también deben incorporar efectivamente destrezas no técnicas, como la comunicación con fines terapéuticos, para abordar aspectos holísticos de los cuidados[3]. Las características de la atención centrada en el paciente incluyen una actitud humanitaria, cuidados individualizados y promoción de la autonomía del paciente[4]. Establecer una relación de confianza entre enfermera y paciente e identificar lo que el paciente considera sus prioridades de cuidados son aspectos decisivos en unos cuidados enfermeros eficaces[5].

La experiencia que tuve ese día con el Sr. F. fue transformadora. Sin entender las opiniones y circunstancias únicas de cada paciente, es imposible que una enfermera proporcione los cuidados que el paciente más necesita. Algunas de las estrategias que he intentado incorporar en mi práctica diaria de enfermería son:

- Pregunto a los pacientes cómo se sienten, en vez de comentarles cómo me parece a mí que se sienten.
- Pregunto a los pacientes si sufren cualquier tipo de dolor o incomodidad, incluyendo preocupaciones físicas, emocionales o espirituales.
- Pregunto a los pacientes sobre sus sistemas de apoyo familiar y espiritual.
- Doy a conocer a los pacientes los diversos sistemas de apoyo disponibles, como servicios sociales, grupos de apoyo, clero y servicios dietéticos.

Las enfermeras han oído durante años que "el dolor es lo que el paciente dice que es". Sin embargo, debemos recordar que no todo el dolor es dolor *físico.* Al comprender la verdadera naturaleza del dolor del Sr. F., pudimos ofrecerle el apoyo necesario para lograr unos cuidados de calidad al final de la vida. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. American Nurses Association. Code of Ethics for Nurses. 2001. www.nursingworld.org/codeofethics.
2. Samueli Institute of Information Biology. Environmental Scan. Samueli Institute Nursing Forum on Optimal Healing Environment. 2004. www.samueliinstitute.org/file%20library/our%20research/ohe/ajn—environmental-scan.pdf
3. Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani A, Valizadeh L. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. BMC Nurs. 2010;9:10.
4. Lusk JM, Fater K. A concept analysis of patient-centered care. Nurs Forum. 2013;48(2):89-98.
5. Komatsu H, Yagasaki K. The power of nursing: guiding patients through a journey of uncertainty. Eur J Oncol Nurs. 2014;18(4):419-424.

JoAnn Mick es nurse researcher en el Memorial Hermann-Texas Medical Center en Houston, Texas.

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.