



H. Cuadra Camprubi*
C. Nuin Orrio*
M. Sánchez Fernández*

Consideraciones alternativas sobre el dolor en el anciano

*Profesoras de la E.U.E. de Lleida.

Correspondencia:
Hortensia Cuadra Camprubi
Av. Rovira Roura nº 5 3º 1
25006 Lleida

RESUMEN

El dolor es uno de los síntomas que más incapacita a las personas. En el anciano a diferencia del adulto, el dolor tiene unas connotaciones especiales ya que no solo los mecanismos fisiológicos y bioquímicos explican la exposición del dolor sino diversos aspectos psicosociales que intensificarán esa sensación subjetiva que es el dolor. En este trabajo queremos poner en evidencia las peculiaridades del dolor en el anciano.

La enfermera oye continuamente quejas del dolor. Por lo tanto tendrá que conocer y aplicar las diferentes técnicas y medidas que pueden ayudar a mitigar el dolor. En este trabajo daremos un énfasis especial a las técnicas no farmacológicas que aunque infravaloradas han demostrado su eficacia.

PALABRAS CLAVE

Dolor; Masaje; Visualización; Relajación; Anciano.

ABSTRACT

Pain is one of the symptoms that most severely disables an individual. In the elderly patient, as compared with the adult patient, pain has special connotations since the onset of pain involves not only physiological and biochemical mechanism, but different psychosocial aspects that can intensify the subjective sensation of pain. In this report, we attempt to demonstrate the peculiarities of pain in the elderly patient.

Nurses are continually hearing complaints of pain. Therefore, they need to learn and apply the different techniques and measures that can help to mitigate pain. here, we especially stress the nonpharmacological techniques that, though undervalued, have been seen to be effective

KEY WORDS

Pain; Massage; Visualization; Relaxation; Elderly.

102 INTRODUCCION

El dolor, es uno de los motivos de consulta por el anciano y de queja del profesional sanitario en cualquier servicio hospitalario o centro residencial.

Si nos atenemos al concepto de dolor definido por la Asociación Internacional para el estudio del dolor, tendremos en cuenta que el dolor es una experiencia sensorial y emocional y por lo tanto es siempre subjetivo.

Entre los distintos factores que pueden aumentar el umbral doloroso están:

1.- Disminución de la respuesta fisiológica a la inflamación con la edad que se asocia con el dolor agudo.

2.- Un retraso en la respuesta dolorosa debido a cambios anatómicos en la piel.

3.- Su pasado socio-cultural le condiciona a negar el dolor. El anciano puede entender el dolor como «Síntoma de vejez» siendo incapaz de comunicarlo.

Entre los factores que disminuyen el umbral doloroso destacamos:

1.- El dolor crónico asociado a enfermedades degenerativas como la artritis reumatoidea, enfermedad vascular periférica que se asocia a un comportamiento muy diferente del no anciano.

2.- El dolor crónico se convierte en una vía de expresión de sentimientos, temores y conflictos, quedando patente en el aumento de enfermedades psicósomáticas que se da en los ancianos.

3.- El anciano se enfrenta a nuevas situaciones como son: El aislamiento social, pérdida de salud física y pérdida de seres queridos. El anciano tiene pocos recursos para adaptarse a una nueva etapa. Así el dolor puede servir para manipular personas cercanas a él y profesionales de la salud.

Algunos autores afirman que con la edad disminuye la sensibilidad al dolor, aunque existen expertos como Harkins que niegan este hecho e incluso otros que afirman que el dolor crónico es más severo en el anciano por un aumento de la vulnerabilidad y por una falta de adaptación.

En la actualidad se han realizado enormes avances en el conocimiento científico y el control clínico del dolor. No obstante, las necesidades especiales del anciano con dolor son una área descuidada. Pese al continuo crecimiento de este sector de la población, son escasas las investigaciones que examinan los efectos de la edad en las diversas modalidades del dolor.

Las estrategias para el control efectivo del dolor se basan en la experiencia clínica y la aplicación de métodos para el control del dolor que han mostrado su eficacia en adultos y jóvenes.

En este artículo presentamos estrategias clínicas específicas para el control del dolor que la enfermera puede incorporar en cualquier centro de cuidados de salud y despertar interés sobre estos conocimientos.

Con un objetivo claro, pretendemos dar a conocer distintas intervenciones para el control del dolor no farmacológico en el anciano.

DESARROLLO

Es fácil comprobar lo difícil que será la valoración del dolor en el anciano teniendo en cuenta que el dolor es un síntoma subjetivo y que el origen del mismo tiene componentes biológicos y psicológicos.

Como profesionales de la salud debemos abordar el dolor físico, como la demanda que nos hace el anciano de algo aunque su manera de comunicar no sea a través del lenguaje verbal sino de un síntoma físico.

Pero como profesionales queremos cuidar al paciente y evitarle el dolor. El abordaje puede ser de dos tipos: farmacológico y no farmacológico. A continuación se exponen estrategias eficaces con respecto a las no farmacológicas y al uso de técnicas seleccionadas para el paciente anciano: Estas estrategias son:

- 1.- *Estimulación cutánea.*
- 2.- *Distracción.*
- 3.- *Relajación.*
- 4.- *Visualización.*

1) Estimulación cutánea

Se define como la estimulación de la piel con el propósito de aliviar el dolor. Sin embargo las técnicas seleccionadas están limitadas y tienen que cumplir los siguientes criterios: No causar lesiones o presentar un riesgo muy bajo cuando se usen adecuadamente y necesitar ser usadas de modo seguro, eficaz y cómodos para el paciente. Los métodos de estimulación cutánea que exponemos en este artículo son las formas leves y superficiales que son fácilmente accesibles para enfermería.

Los métodos son los siguientes:

- Masaje superficial



- Presión/masaje-Vibración
- Aplicaciones de calor y frío superficiales
- Aplicación de hielo/masaje

A continuación exponemos unos indicadores en la selección de cada método seleccionado:

El masaje cuyos efectos secundarios y contraindicaciones son mínimos. Las frías en la espalda o el masaje corporal pueden ser largos y pueden aliviar solo el dolor leve, pero no se requiere que el dolor sea localizado y a la mayoría de los pacientes les gusta. El masaje de pies y manos puede ser más accesible para algunos pacientes e incluso más efectivo.

La presión es a veces con masaje sobre los puntos gatillo o puntos de acupuntura. Puede ser muy eficaz pero es molesto por un breve espacio de tiempo. Inicialmente requiere tiempo para localizar los puntos, luego el paciente puede aprender a actuar sobre ciertos puntos el mismo.

La vibración es una forma muy vigorosa de masaje que puede ser efectiva. Hay poco riesgo de lesión histica. Comprobar la disponibilidad. Puede usarse para los puntos desencadenantes. A veces es inaceptable debido al ruido o intensidad de la vibración.

Las aplicaciones de calor y frío probablemente son más eficaces para el dolor bien localizado. Ambos pueden aplicarse con un equipo mínimo y a un nivel de intensidad cómodo. El frío tiene más ventajas que el calor. Los efectos secundarios indeseables, quemaduras por ejemplo, y las contraindicaciones por ejemplo hemorragia e inflamación, son más frecuentes con el calor que con el frío. Cuando el frío alivia el dolor, suele ser más efectivo que el calor. No obstante, los pacientes prefieren por lo general el calor al frío y el empleo de este último con frecuencia requiere algo de persuasión.

Las aplicaciones de hielo/masaje, toda sustancia congelada aplicada sobre la piel es molesta, pero solo durante unos minutos hasta que aparece el entumecimiento. El uso ha de ser continuo durante 10 minutos o menos. El dolor debe estar bien localizado. Puede aliviar el dolor intenso. Es una técnica sencilla y de bajo riesgo para procedimientos dolorosos breves. Especialmente efectivo para enmascarar el dolor punzante. Puede usarse en los puntos desencadenantes.

Los efectos de la estimulación cutánea son variables, pero en general la expectativa es de eliminar el dolor o disminuir su intensidad durante y/o después de la estimulación. A veces es brevemente dolorosa y luego aparece alivio del dolor después de la estimulación. En algunos casos el tipo de dolor puede cam-



Figura 1

biar simplemente a una sensación que es más aceptable, por ejemplo, un cambio de agudo a sordo.

Es posible que el paciente anciano asocie el tiempo frío y a la humedad con un aumento del dolor, por tanto, es útil clarificar que la aplicación de frío a una pequeña área del cuerpo no produce necesariamente los mismos resultados que el tiempo frío y húmedo. Para una mayor sensación de calidez y bienestar mientras se esta aplicando el frío, se sugiere que el paciente anciano este en un ambiente cálido.

Puesto que la estimulación implica un contacto con el paciente con un objetivo claro de ayudarlo, la eficacia del método esta relacionada con la relación terapéutica (cuadro 1).

2) Distracción

Al hablar de distracción nos referimos al centrar la atención en estímulos distintos a la sensación dolorosa. A veces, no obstante, el centro de atención puede ser las cualidades menos molestas de la sensación dolorosa, como la presión o el calor. La distracción es un tipo de protección sensorial, es decir, el paciente se protege a si mismo de la sensación dolorosa aumentando otros inputs sensoriales, especialmente auditivos, visuales, y táctiles-cinestésicos (escuchar, mirar, tocar y moverse). Se orienta la atención a otros estímulos, que pueden ser internos o externos.

Las características de la distracción son:

Cuadro 1 Beneficios y limitaciones de la estimulación cutánea

BENEFICIOS POTENCIALES	POSIBLES LIMITACIONES O DESVENTAJAS
1.- Disminuye la intensidad del dolor y a veces la elimina.	1.- Puede interpretarse como indicativo de curación.
2.- Alivia el espasmo muscular secundario.	2.- Pueden ser subestimados tanto por los pacientes como los profesionales.
3.- Puede distraer al paciente, relajar y disminuir la ansiedad.	3.- Puede producirse una lesión hística accidental, flictenas por calor o frío.
4.- Refuerza la relación enfermera y paciente por el sentido del tacto.	
5.- Percepción de confortabilidad.	

- 1.- La atención se centra en un estímulo distinto al carácter desagradable del dolor.
- 2.- El dolor está en el borde o la periferia de la conciencia.
- 3.- Cuando el estímulo de distracción cesa, la atención se centra de nuevo en el dolor.

La investigación y las observaciones clínicas muestran que las estrategias de distracción son técnicas poderosas para hacer más soportable para el paciente incluso el dolor intenso.

Escuchar música puede proporcionar una poderosa distracción del dolor. La selección de una música de acuerdo con las preferencias del paciente es esencial para su eficacia. Para algunos ancianos esto significa seleccionar música de una época anterior con las que crecieron o aquella música que les traiga recuerdos agradables.

La revisión de la vida es también una distracción para el anciano que experimenta dolor. La revisión de la vida se define como un proceso mental universal que ocurre de forma natural y se caracteriza por mirar hacia atrás la vida que se ha vivido y evocar los recuerdos agradables o los conflictos no resueltos que pueden ser contemplados e integrados. Puede el anciano repetir los temas pero entonces debe pedírsele que cuente algo más sobre este suceso o período de tiempo en particular. Para iniciar el comportamiento de reflexión o recuerdo, hay que pedir al paciente que contemple su vida pasada y que la retenga en su mente.

Cuadro 2 Ventajas e inconvenientes de la distracción

VENTAJAS	INCONVENIENTES
↑ Tolerancia al dolor	↑ Conciencia del dolor
↑ Autocontrol	↑ Fatiga
↑ Intensidad del dolor	↑ Irritabilidad

Cuadro 3 Respuesta a la relajación

Las características fisiológicas de la respuesta a la relajación son:

- ↓ El consumo de oxígeno
- ↓ La frecuencia respiratoria
- ↓ La frecuencia cardíaca
- ↓ La tensión muscular
- ↑ Las ondas alfa

La tendencia del anciano a autorreflejarse y recordar se contempla a veces como parte de la pérdida cognitiva o como el inicio de la senilidad (cuadro 2).

3) Relajación

La relajación puede definirse como un estado de relativa libertad tanto de la ansiedad como de la tensión muscular esquelética, proporciona una tranquilidad o calma de la mente y de los músculos.

En el más estricto sentido, la relajación debe producir la respuesta de relajación. Fisiológicamente, la respuesta de relajación es la opuesta a la respuesta de lucha o huida. Esta caracterizada por un nivel normal de funcionamiento fisiológico o una disminución de la actividad del sistema nervioso autónomo, disminuyendo la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca, la tensión muscular y aumenta la producción de ondas cerebrales alfa (cuadro 3).

El conocimiento de lo que no es la relajación es importante, puesto que muchos profesionales de la salud así como pacientes, tienen un concepto simplista sobre ella. La relajación no es derrumbarse en un sillón frente a un televisor, dormir, descansar, sentarse tranquilamente, leer un libro, trabajar en el jardín o hacer algún deporte. Estas actividades pueden promover la relajación pero no deben confundirse con ella. Durante el sueño, por ejemplo, los sueños o pensamientos subconscientes pueden mantener o incrementar la tensión muscular. Además, incluso cuando no se usan los músculos, puede haber grandes



Cuadro 4 Ventajas e inconvenientes de la relajación

VENTAJAS	INCONVENIENTES
1.- Ayudar a dormir.	1.- Interpretar el dolor de origen psicológico.
2.- Refuerza la relación enfermera/paciente.	2.- Dudar de la existencia del dolor.
3.- Sugiere ideas positivas.	3.- Usarlo como sustituto de los analgésicos.
4.- Minimiza los efectos negativos del estrés.	4.- Utilizarlo ante cualquier tipo de dolor.
5.- Reduce la tensión muscular.	5.- No es útil para un dolor intenso.
6.- Aumenta el autocontrol sobre el dolor.	6.- Puede tener efectos secundarios de tristeza o duelo.
7.- Disminuye la fatiga.	7.- Hay que buscar la técnica más adecuada para cada paciente.
8.- Aumenta la eficacia de otras medidas para el alivio del dolor.	8.- Puede producir efectos estresantes.
9.- Desensibiliza a la persona de los aspectos productores de ansiedad de un procedimiento doloroso.	9.- Tiene que existir una buena motivación.

niveles de tensión muscular. En resumen las personas con frecuencia creen que están relajados cuando en realidad no es así. La mayoría de las personas deben hacer un esfuerzo consciente para relajarse y han de aprender a hacerlo pues no se llega de forma espontánea.

Las técnicas para conseguirlo o aprender la relajación comprenden una amplia variedad de métodos, entre los que se incluyen la meditación, el entrenamiento autogénico, el yoga, la música. Algunas técnicas son sencillas y utilizan lo que el paciente anciano ya ha aprendido, mientras que otras constituyen un programa de entrenamiento y adquisición de habilidad en la relajación e incorporación a la vida diaria. A veces se usa la retroalimentación en forma de temperatura corporal o tensión muscular para ayudar a la persona anciana a aprender cuando está relajada.

El término relajación puede ser inaceptable para el paciente anciano. Tal vez sea más apropiado animar al enfermo a que hable de lo que le importa. Para algunos pacientes esto significa leer; otros pacientes responden a técnicas específicas estimulándolas a liberar cualquier concentración de sus músculos.

Algunos pacientes ancianos, no parecen beneficiarse mucho o rápidamente del entrenamiento para la relajación, pero si se benefician de técnicas más breves y sencillas, como la relajación mandibular.

La relajación mandibular es efectiva en los pacientes ancianos. Esta requiere muy poco tiempo para que la enfermera la enseñe y el paciente la realice. Se considera una forma abreviada de relajación progresiva. Su eficacia puede deberse a que la relajación de una parte del cuerpo lleva a la relajación del resto del mismo. Es útil para un dolor breve moderado o severo, por ejemplo, el dolor postoperatorio, especialmente si se enseña en ausencia del dolor intenso y tensión.

La relajación presenta múltiples ventajas, como ayudar a dormir, sugerir ideas positivas, minimizar los efectos negativos del estrés, reducir la tensión muscular, aumentar el autocontrol frente al dolor, disminuir la fatiga, aumentar la eficacia de otras medidas o métodos y desensibilizar a la persona de los aspectos productores de ansiedad. También tiene diversos inconvenientes que hay que valorar en el momento de su aplicación como interpretar que el dolor es de origen psicológico o dudar de la existencia del dolor, utilizarlo de forma indiscriminada para todo tipo de dolor, cuando sabemos que la relajación no es muy recomendable para un dolor intenso. Puede tener unos efectos secundarios de tristeza o duelo y finalmente hay que buscar la técnica de relajación efectiva para cada paciente anciano, y sino, corremos el riesgo de producir efectos estresantes después de aplicar la técnica (cuadro 4).

4) Visualización

Imaginar que no se tiene dolor. En cierta forma, esto es la visualización para el alivio del dolor, el uso de la propia imaginación para controlar el dolor, esto implica imágenes mentales o representaciones internas.

El uso de la visualización para el alivio del dolor no implica que el dolor sea imaginario. Ningún dolor es verdaderamente imaginario. Todo dolor es real. El propósito es aliviar el dolor con el uso de la propia imaginación para desarrollar imágenes sensoriales que disminuyan la intensidad del dolor o que se conviertan en un sustituto del dolor placentero, más tolerable y no doloroso como por ejemplo entumecimiento y frialdad. En otras palabras la visualización actúa como un analgésico o anestésico. Las imágenes varían entre breves, o largas y dirigidas llamándose entonces visualización terapéutica dirigida. El propósito es usarla para el alivio del dolor.

En la visualización terapéutica dirigida, el paciente anciano imagina de forma deliberada algo sobre el dolor que le proporcionara alivio, convirtiendo esta actividad en terapéutica útil. La enfermera puede

Cuadro 5 Beneficios y limitaciones de la visualización

BENEFICIOS	LIMITACIONES
1.- Establece una estrecha relación de confianza	1.- Puede interpretarse el dolor como no real.
2.- Aumenta la capacidad para el control de la experiencia dolorosa	2.- Hay que estar motivado de su eficacia.
3.- Aumenta la eficacia de otras técnicas.	3.- Hay que buscar la técnica apropiada para cada paciente.
4.- Disminuye la intensidad del dolor.	4.- El fracaso de la técnica puede producir sentimientos de frustración

ayudar al paciente a hacerlo guiándole a través del uso o desarrollo de una técnica de visualización.

Los usos frecuentes de la visualización son:

1.- Como distracción del dolor produciendo un aumento de la tolerancia al dolor.

2.- Para producir relajación y provocar una disminución del sufrimiento asociado al dolor.

3.- La visualización puede usarse para producir una imagen del alivio del dolor y da lugar a reducción de la percepción de la intensidad dolorosa.

La visualización establece una estrecha relación de confianza, ayuda en la expresión de sentimientos sobre el dolor y problemas asociados que pueda presentar el anciano, estimula la exploración y comprensión de las ideas personales sobre la enfermedad que pueda presentar el anciano y puede cambiar las ideas erróneas o lesivas sobre el dolor severo, por ejemplo, el dolor postoperatorio, especialmente si se enseña en ausencia de dolor intenso y tensión. Además de estas ventajas también presenta unos inconvenientes como son: Una interpretación errónea del dolor que presente el paciente anciano, requiere tiempo para encontrar una técnica efectiva porque sino el fracaso de esta técnica puede producir sentimientos de frustración en el paciente anciano (cuadro 5).

CONCLUSIONES

Ante la necesidad de un planteamiento multidimensional (bio-psicosocial) para valorar el dolor y los riesgos de este en los pacientes de edad avanzada. El objetivo de enfermería es ofrecer una atención de ayuda, encaminada a la obtención del bienestar y del

estado de salud. El dolor en el paciente de edad avanzada supone una serie de riesgos como son: la reducción de la capacidad respiratoria, la inmovilidad, la fatiga, el estrés que habrá que prevenir o reducir.

Las medidas farmacológicas para el control del dolor en el anciano tiene que combinarse con medidas no farmacológicas y la enfermera debe usar todos los recursos disponibles a su alcance, que permitan actuar sobre los factores que contribuyan a aliviar el dolor e incorporar algunos de los métodos alternativos teniendo en cuenta que no son terapéuticos ni curativos pero si paliativos. Con ello queremos decir que indudablemente producen un efecto relajante o de distracción activando además los mecanismos que reducen realmente la intensidad del dolor.

En la estimulación cutánea, por ejemplo, el masaje es el uso terapéutico del sentido del tacto, que es básico y eficaz como proceso de relación terapéutica. La visualización es excelente como terapia complementaria que podemos utilizar para desactivar una situación potencialmente estresante como es el dolor.

Algunas de las técnicas indicadas resultan más efectivas que otras, cuando deben aplicarse a tipos de dolor o síntomas particulares del mismo, por consiguiente no conviene olvidar que si al aplicar una de ellas, no actúa en forma tan efectiva como nosotros creemos que debería, probemos otra hasta que encontremos la más correcta para nuestro caso, pues cada paciente anciano es único en su situación. Todas ellas siempre tiene que favorecer la utilización adecuada de los recursos y disminuir la exagerada atención farmacológica.

Es evidente que esta concepción de la utilización de estas técnicas o cuidados alternativos en el paciente anciano no están estandarizados en los cuidados del paciente, pero es conveniente que se vayan incorporando para verificar su eficacia y que se utilicen habitualmente en los planes de cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFIA

- Ribera J. M. Cruz, A. (1991). Geriatria Madrid. Ed Idepsa.
Glynn, N. J. (1986). The therapy of music, J Gerontol Nurs, 12:6-10.
Jenny Sutcliffe (1991). El libro completo de la relajación y sus técnicas. Ed, Hispano Europea. S.A. Barcelona.
Harkins. Geriatria. J. M. Ribera Casado. Formación Continuada en Atención Primaria. Uriach.
Nobel G. (1987). Aspectos psicológicos del dolor. Ed Rol, 104 41-48.
Mayayo C. (1988). Clínica del dolor. Alternativa al tratamiento clásico. Ed Rol, 133 27-38.
Maurice Boigey (1993). Manual de masaje. Ed Masson.