

## **MESA REDONDA**

### **Actitud de la enfermera ante el dolor**

XXXIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA  
TORREMOLINOS 1998

**M<sup>a</sup> Jesús Gómez Palomar** (Moderadora)  
Hospital De La Santa Creu i Sant Pau.  
Barcelona

#### **INTRODUCCIÓN**

En Cardiología, y por tanto en esta Mesa, sería importante la consideración del dolor desde dos aspectos diferentes

- El **dolor** como signo de alarma, o consecuencia de una situación patológica de peligro ( dolor secundario a isquemia miocárdica, disección aórtica, tromboembolismo pulmonar, etc).

- El **dolor**, en una forma general, como responsable de sufrimiento, sea cual sea el origen. En esta línea, me gustaría exponer cuatro ideas generales:

\* El **dolor es una experiencia humana universal**, lo sufrimos todos, en todas las partes del mundo, los individuos de todas las razas, en múltiples momentos de nuestra vida (con frecuencia, en demasiados).

De hecho, es el motivo más frecuente para la solicitud de Cuidados Sanitarios, así como la primera señal de múltiples patologías.

Según el informe Nupri, por ejemplo, la mayoría de los americanos sufren dolor físico, muchos de ellos en 3 o 4 formas diferentes cada año. Presenta como el dolor de mayor incidencia la cefalea, con un 73%, dolor de espalda con un 56%, mialgias 53%, artralgias 51% y gastralgias 46%.

Este informe es del 85. Teniendo en cuenta que el dolor va aumentando a medida que la ciencia médica prolonga la supervivencia, podemos imaginar donde pueden llegar los números.

\* El **dolor es siempre una experiencia subjetiva y que, por tanto, sólo el que la sufre puede medir**. Sólo el paciente puede

decidir si tiene dolor o no y cual es su intensidad.

Nosotros podremos valorar su origen y las repercusiones del mismo, pero nunca su existencia.

Hay dos citas sobre este aspecto del dolor, que me gustan mucho:

- **El dolor de los unicornios, grifos y centauros es un dolor imaginario, porque son animales imaginarios. Los pacientes son reales y, por tanto, tienen siempre un dolor real.**

- La otra es una definición del dolor, tan simple como real: **El dolor es lo que cualquier persona dice que existe siempre que el que lo sufre dice que existe.**

Y, ni que decir tiene, que si existe hay que tratarlo y evaluar la eficacia del tratamiento.

\* **Cuidado con las conclusiones fáciles de la no existencia de dolor por la ausencia de signos físicos y comportamentales del mismo.** Nunca perdamos de vista la pluralidad del género humano, cada paciente es un mundo y cada organismo tiene una respuesta propia.

Además existe el fenómeno de la adaptación al dolor. Los signos de aparición habitual en el dolor agudo, cuando éste se mantiene o repite con frecuencia, pueden desaparecer.

El paciente que un día cuando aparece el dolor, grita, se contorsiona y se pone taquicárdico, por ejemplo, un tiempo después puede repetir el mismo dolor, pero no tener taquicardia ni quejarse.

\* **Todos sabemos que el dolor puede ser una forma de comunicar experiencias emocionales**, pero el paciente lo está sufriendo y nosotros somos enfermeros, la solución no es un placebo. Si mi dolor está causado porque se ha muerto un amigo y no he sido capaz de resolver la pérdida, ayúdame a resolverla y, mientras, algo de analgesia me puede ir bien.

Nunca seamos meros espectadores ante el dolor de nuestros pacientes.

\*Aunque el control del dolor es multidisciplinario, es algo reconocido que el **papel de la enfermera es la piedra angular en el tratamiento del dolor**. Nosotros estamos siempre al lado del paciente, por tanto, somos los primeros que lo detectamos.

Nuestra responsabilidad será, mientras pasamos comunicación al médico, **averiguar el origen del dolor, valorar su repercusión, iniciar el tratamiento, tanto farmacológico como psicológico, intentando disminuir la ansiedad de paciente y familia, y evaluar la intensidad y características, así como la efectividad del tratamiento**.

Si lo que tenemos entre manos es un **dolor crónico, no perdamos de vista que nuestra responsabilidad es la misma y la actuación de enfermería también ha de ser igual, pero añadiendo un aspecto importante: nuestros objetivos incluirán que el paciente sea capaz de conservar el descanso y los hábitos cotidianos, que consiga restablecer su autonomía y bienestar físico general y la contención de trastornos ansioso-depresivos, tan frecuentes en las situaciones de dolor crónico, ya que pueden llegar a sentir la vida como intolerable**. Es decir, conseguir para el paciente una calidad de vida aceptable y lo más alta posible.

Para conseguir estos objetivos el paciente va a necesitar pautas de analgesia y alternativas de tratamiento personalizadas, conseguidas a través de unas valoraciones y evaluaciones del dolor adecuadas, y nuestra información y apoyo para conseguir la adaptación a la situación crónica. Si el paciente está bien informado tendrá más posibilidades de desarrollar respuestas maduras.

## DIFERENTES ASPECTOS DEL DOLOR EN EL PACIENTE CARDIOLÓGICO

**Borrego Blanco, Blanca**  
**Alonso González, M<sup>a</sup> Jesús**  
 (Enfermeras Unidad Coronaria)  
 Hospital Universitario de Salamanca.

### INTRODUCCIÓN

El dolor es por naturaleza una señal de alarma del daño corporal. Es un síntoma de una patología subyacente que indica la necesidad de llegar a un diagnóstico y a un control o manejo terapéutico. El dolor cardíaco potencialmente puede suponer una amenaza para la vida del paciente.

Los pacientes con dolor torácico ofrecen síntomas de duración y presentación diferentes, así como en lo que se refiere a su intensidad.

Estas diferencias sintomáticas están en relación con:

- 1) Origen del dolor
- 2) Grado de isquemia
- 3) Grado de interferencia funcional precipitado por la patología subyacente.

El dolor proviene de diferentes sitios y por lo tanto las vías de conducción del mismo pueden ser diferentes, pero todas ellas entran en la médula