

\* **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.

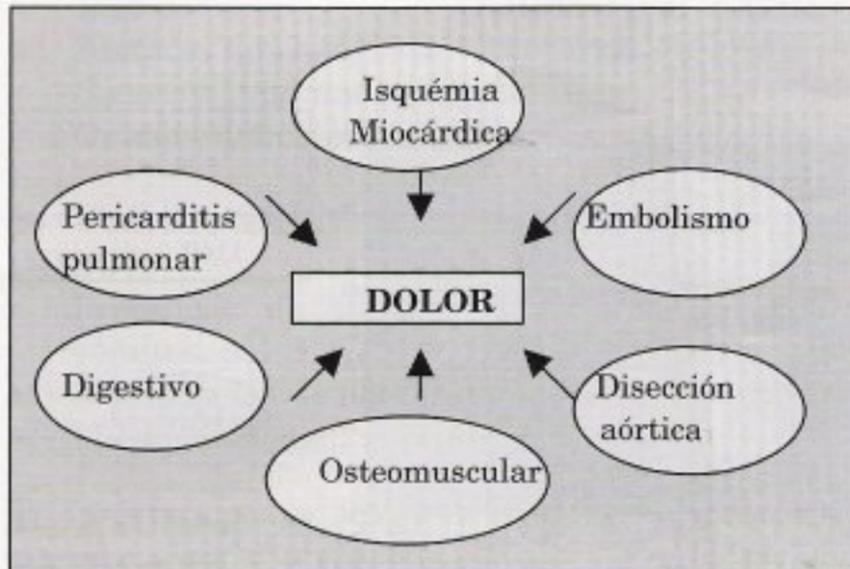
Estas diferencias sintomáticas están en relación con:

- 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

espinal a través del mismo camino en su destino hacia el cerebro.

**DISTINTOS TIPOS DE DOLOR TORÁCICOS**



Además de la isquemia miocárdica, otras causas relativamente frecuentes de dolor torácico son: pericarditis, enfermedades del aparato digestivo, embolismo pulmonar, disección aórtica y los de origen osteomuscular.

**DOLOR PERICÁRDICO.**

Se produce por la irritación de las hojas pericárdicas, es de duración prolongada, aumenta con el decúbito supino, al inspirar, toser, estornudar...

Se alivia con la postura y con los antiinflamatorios.

**DOLOR DIGESTIVO (ESOFÁGICO).**

Suele ser de inicio brusco, y de duración entre diez y veinte minutos, la localización es retroesternal, se irradia alrededor del tórax hacia la escápula. Lo provocan los alimentos fríos y el decúbito. Se alivia con antiácidos y a veces con la nitroglicerina.

**DOLOR OSTEOMUSCULAR.**

Son dolores de intensidad variable, de larga duración y no se irradian, aumenta al presionar la articulación afectada y mejora con el tratamiento antiinflamatorio.

**DOLOR POR DISECCIÓN AÓRTICA.**

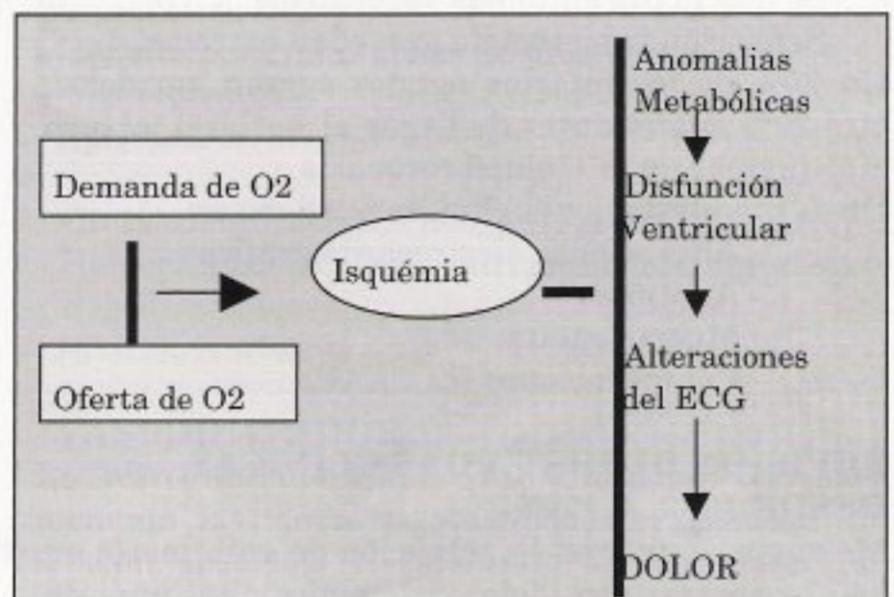
La intensidad y la duración es variable, la localización es hacia la espalda. En la mayor parte de los casos puede ser quirúrgico.

**DOLOR POR EMBOLISMO PULMONAR.**

El dolor es de comienzo brusco y puede durar días, es de características punzantes y se acentúa con la respiración.

La localización se produce en la zona abdominal alta y se irradia a cuello y hombros. Se alivia con analgésicos y anticoagulantes.

**DOLOR ISQUÉMICO**



El dolor isquémico se presenta cuando existe una discrepancia entre la demanda celular de oxígeno y el abastecimiento del mismo a través de la circulación. El resultado es hipoxia tisular con alteración del metabolismo y liberación del ácido láctico, y metabolitos asociados con la sensación dolorosa.

**CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR ISQUÉMICO**

Es retroesternal, a veces submandibular. Puede irradiarse hacia hombros, brazos, cuello y mandíbula. Es constrictivo, opresivo, el enfermo lo describe como una sensación de pesadez y lo señala muy bien cuando se coloca el puño cerrado sobre el esternón.

**CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR EN LA ANGINA DE PECHO**

ANGINA ESTABLE	ANGINA INESTABLE
- Duración breve (<15min)	- Puede ser como en la angina estable
- Precipitada por esfuerzo y estrés emocional	- Con frecuencia en reposo
- Alivio con el reposo y la nitroglicerina ublingual	- A veces más prolongado
	- Mala respuesta a la Nitroglicerina

**CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR EN EL INFARTO**

**EL DOLOR EN EL INFARTO DE MIOCARDIO**

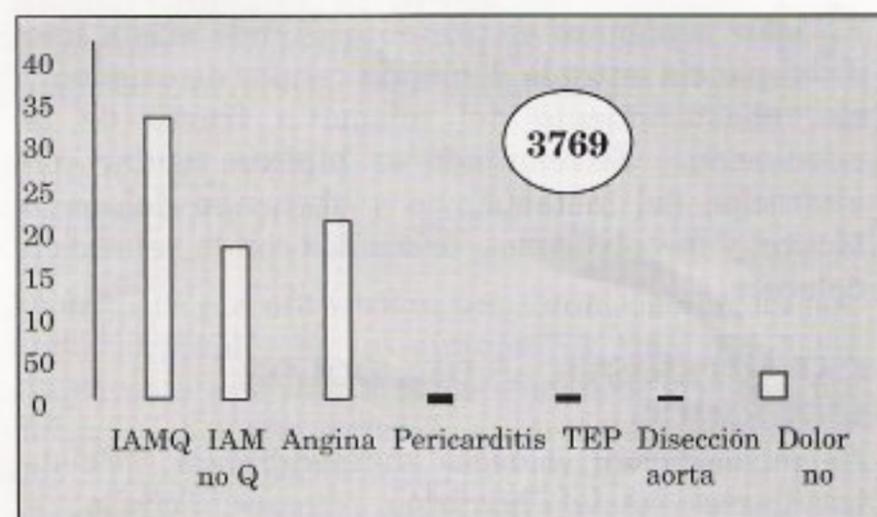
- Suele ser más intenso que el de la angina.
- Casi siempre su duración excede los 30 min.
- No se alivia con la nitroglicerina ni con el reposo
- Se asocia con síntomas vegetativos.
- Sensación subjetiva de gravedad extrema.

Un 20% de los infartos agudos cursan sin dolor, otro 20% muere antes de llegar al hospital, el otro 60% ingresa en la Unidad coronaria.

- Otras manifestaciones clínicas pueden ser:
- Alteraciones electrocardiográficas
  - Arritmias
  - Muerte súbita
  - Complicaciones (I.C. EAP)

**REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DESDE 1993 A 1997**

Me voy a centrar en la actuación de enfermería en los pacientes con dolor isquémico, ya que en nuestra experiencia es el tipo de paciente que más atendemos.



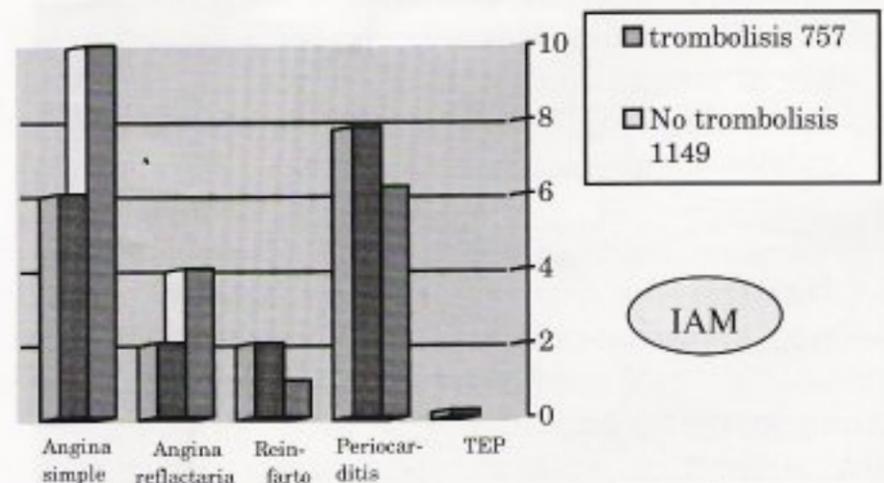
AM Q	1281=34%
IAM NO Q	603=16%
ANGINA	867=23%

**PACIENTES CON DOLOR ISQUÉMICO**

2751=73%

PACIENTES CON DOLOR DE OTRAS CARACTERÍSTICAS 1028 = 27%

**NÚMERO DE PACIENTES QUE YA INGRESADOS HAN TENIDO DOLOR DE ORIGEN ISQUÉMICO.**



Total nº de pacientes	757
Angina Simple	45 = 6%
Angina Refractaria	15 = 2%
Reinfarto	15 = 2%

**Pacientes no tratados con fibrinolíticos:**

Total nº de pacientes	1149
Angina Simple	115= 10%
Angina Refractaria	46= 4%
Reinfartos	11= 1%

**TOTAL DE PACIENTES QUE HAN TENIDO DOLOR ISQUÉMICO POSTERIOR A SU INGRESO = 248**

En el grupo de IAM no tratados con fibrinolíticos, están incluidos los que no cumplan los requisitos previos para dicho tratamiento, más los IAM no Q. Destacar de esta diapositiva que el número de pacientes que han tenido pericarditis, no es significativo entre ambos grupos.

Pericarditis en el grupo tratado con fibrinolíticos  
Pericarditis en el grupo no tratado con fibrinolítico

**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ISQUÉMICO**

Las enfermeras manejamos los problemas interdependientes utilizando pautas señalizadas por el médico y actuaciones prescritas por la enfermera

para minimizar, detectar precozmente, y/o prevenir complicaciones.

### 1.- VALORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL DOLOR.

- Momento de inicio o Intensidad (escalas del dolor)
- Localización e irradiación
- Tipo de dolor
- Factores que lo agravan o reducen
- Signos y síntomas asociados
- Opinión del paciente sobre la causa del dolor.

### 2.- VALORACIÓN DE LA RESPUESTA AL DOLOR

- Presencia de signos vegetativos (náuseas, vómitos, palidez, etc )
- Modificación de las constantes vitales.
- Miedo, ansiedad.

### 3.- AYUDAR AL PACIENTE A MANTENER PATRONES ADECUADOS: MOVILIDAD, NUTRICIÓN, ELIMINACIÓN E HIGIENE.

#### 3.1 MOVILIDAD

Saber qué grado de dependencia tiene el enfermo para cubrir sus necesidades.

#### 3.2 NUTRICIÓN

Respetar sobretodo en el IAM dieta líquida en las 12-24 primeras horas.

#### 3.3 ELIMINACIÓN

- Evitar esfuerzos ( laxantes, sondajes, etc ).
- Evitar estrés.

#### 3.4 HIGIENE

- Se realiza al enfermo encamado.
- Aumentar su autocuidado en función de su situación clínica.

### 4.- PROCURAR UN ENTORNO TRANQUILO

- Evitar situaciones estresantes (ruido, actuaciones precipitadas, presencia de otros pacientes en estado crítico, etc).
- Facilitar acompañamiento
- Transmitir tranquilidad (información clara, permitir expresar sus sentimientos, etc).

### 5.- ADMINISTRAR TRATAMIENTO MÉDICO

La finalidad del tratamiento es aliviar el dolor y en el caso de infarto, reducir el tamaño y evitar las complicaciones.

#### - ANALGÉSICOS:

La morfina alivia el dolor, reduce la ansiedad y disminuye las demandas de oxígeno del miocardio. Generalmente la morfina es el fármaco de elección, pero en muchos casos utilizamos la Meperidina (Dolantina)..

El objetivo es aliviar el dolor y controlar los efectos secundarios.

#### - FIBRINOLÍTICOS:

Es el tratamiento que mejora el resultado del infarto y se consideran criterios de reperfusión coronaria:

- Cese del dolor
- Adelanto de elevación de encimas en sangre
- Aparición de arritmias típicas (ritmo idioventricular acelerado, extrasistoles ventriculares taquicardias ventriculares, etc).

Las complicaciones más frecuentes de los fibrinolíticos son:

- Hematomas en las zonas de punción
- Gingivorragias
- Epístasis

Otras complicaciones más graves son:

- Hemorragias internas (intracraneales, digestivas o mediastínicas)
- Arritmias severas

#### - VASODILATADOR:

La nitroglicerina como vaso dilatador debemos manejar las dosis según modificaciones en la tensión arterial y valorando la aparición de cefaleas que le produce a un elevado número de pacientes.

#### - ANGIOPLASTIA:

- En la fase aguda del infarto como ACTP de rescate.
  - En casos de shock cardiogénico.
  - Por fracaso del tratamiento fibrinolítico.
- Los cuidados son los inherentes a la técnica tanto pre- intra como postangioplastia.

### 6. - EVALUAR LA EFICACIA DE LOS ANALGÉSICOS Y MINIMIZAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS.

La respuesta al tratamiento debe ser evaluada con el fin de maximizar los efectos del tratamiento y minimizar los efectos adversos. La dosis justa de un analgésico es la dosis justa que alivia el dolor.

El objetivo de aliviar el dolor se ha conseguido cuando:

- Administramos la droga eficaz.
- La dosis justa
- En el tiempo establecido.
- Evitar frases como: "ya le he puesto un analgésico", "no es posible que le duela" "hay que esperar" etc.

Finalmente podemos decir que: Realizar una valoración detallada, administrar adecuadamente los analgésicos, minimizar la ansiedad del paciente y sus familiares, aplicar los cuidados pertinentes para reducir la percepción y el estímulo doloroso, y valorar las repercusiones del dolor sobre la vida del paciente y de sus familiares, constituye básicamente la actuación de enfermería.

## CONCLUSIONES

- Las enfermeras debemos actuar ante el dolor con seguridad y rapidez.
- Conocer las complicaciones asociadas con el dolor isquémico.
- Transmitir tranquilidad y confianza.
- Trabajar con protocolos escritos de cuidados.
- Educación sanitaria al paciente.
- Desarrollo de programas de formación continuada para unificar criterios que nos proporcionen seguridad y reducción del estrés.

## BIBLIOGRAFIA

### CONTROL DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO EN CIRURGÍA CARDIOVASCULAR

**Palomo Ramírez, P**

**Martín Mediero, M**

**García Martín, ML**

Complejo Hospitalario Carlos Haya (Málaga)

#### Breve recuerdo anatómico y fisiológico.

El dolor se ha considerado como una forma de alerta ante la aparición de una lesión o patología en una persona sana.

De todos los males que afligen al ser humano, el dolor parece ser el que más rápida y urgentemente necesita ser atendido y tratado.

Existen numerosas clasificaciones del dolor, pero básicamente podemos clasificarlo en dos:

1- **Principios de Medicina Interna.** Harrison (Última edición).

2- **Estudio y Tratamiento del dolor agudo y crónico.** C. Muriel Villoria y J.L. Madrid Arias. Ed. ELA, 1994.

3- **Procedimiento diagnósticos y terapéuticos cardiovasculares.** Coordinadora: Esperanza Rayón Valpuesta. Ed. Síntesis, 1945.

4- **Atención de Enfermería en Cardiología.** Director: Diego Martínez Caro. Ed. EUNSA, 1997.

5- **Enfermería Onco-hematológica.** Eulalia Juvé Udina. Ed. MASSON, S.A.

6- **Cuidados de Enfermería al paciente terminal en atención primaria y especializada.** Autores varios. Editado por Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla y León, 1996.

7- **Dolor torácico.** Revista Nursing, 1997 Junio-Julio (pág.24 a 33).

8- **Paciente con dolor agudo.** Revista Rol, no 198 Febrero 1995 (pág. 75 a 78)

- Dolor agudo
- Dolor crónico

El dolor agudo se debe habitualmente a un daño tisular (somático o visceral) que desaparece al recuperarse la lesión causal.

Una forma de dolor agudo es el dolor agudo postoperatorio (D.A.P.), que se define como un dolor