

# Cuidado y manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica

Cuidados e manejo da dor pós-operatória da dos pacientes de revascularização miocárdica

Care and pain management in patients in post-myocardial revascularization

---

• Luisa Fernanda Moscoso Loaiza<sup>1</sup> • Carlos Yecid Bernal Cárdenas<sup>2</sup> •

---

•1• Magíster en Enfermería. Enfermera, Hospital Santa Clara. Bogotá, Colombia. E-mail: luisa-fml93@gmail.com

•2• Magíster en Enfermería. Enfermero, Fundación Clínica Shaio. Bogotá, Colombia.

---

Recibido: 08/01/2012 Aprobado: 15/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.52477>

---



## Resumen

En la actualidad, se ha puesto de manifiesto la relación existente entre el dolor agudo posoperatorio y la aparición de múltiples complicaciones, que hacen necesario el manejo efectivo del dolor posquirúrgico por parte del profesional de enfermería.

**Objetivo:** Generar una propuesta de cuidado de enfermería para el manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica, tras la extubación, con base en la Teoría de los Síntomas Desagradables.

**Metodología:** A partir de la metodología del marco lógico, se socializó la importancia del manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica, así como la Teoría de los Síntomas Desagradables, al personal de enfermería que labora en una Unidad de Cuidado Intensivo de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de IV Nivel en la ciudad de Bogotá. Se elaboró un formato de valoración para establecer los factores que determinaban el dolor, las características del síntoma dolor y las consecuencias del síntoma, para luego establecer la propuesta de cuidado de enfermería.

**Resultados:** Se valoró la experiencia del dolor en nueve pacientes en posoperatorio de revascularización miocárdica, obteniendo como hallazgo que la presencia del dolor, principalmente, impedía la actividad física, la tos efectiva y el sueño, ocasionando un alto nivel de ansiedad, preocupación y cansancio. Con base en los hallazgos, se proponen ocho diagnósticos de enfermería, con sus respectivas actividades.

## Resumo

Atualmente tem se revelado a relação que existe entre dor aguda pós-operatória e o aparecimento de várias complicações, que obrigam ao manejo efetivo da dor pós-operatória pelo enfermeiro.

**Objetivo:** Gerar uma proposta de cuidados de enfermagem para o manejo da dor em pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio, após a extubação, com base na Teoria dos Sintomas Desagradáveis.

**Metodologia:** A partir da metodologia do marco lógico socializou-se a importância do manejo da dor em pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio e também a teoria dos sintomas desagradáveis, aos enfermeiros que trabalham em uma Unidade de Terapia Intensiva na instituição de Serviços de Saúde de IV Nível em Bogotá. O formato de avaliação foi desenvolvido para estabelecer os fatores que determinaram a dor, as características do sintoma dor e consequências do sintoma, e, em seguida, estabelecer a proposta da assistência de enfermagem.

**Resultados:** A experiência da dor em nove pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio foi avaliada, obtendo como constatação de que a presença da dor principalmente impediu atividade física, a tosse eficaz e o sono, causando um alto nível de ansiedade, preocupação e fadiga. Com base nas conclusões oito diagnósticos de enfermagem e as suas respectivas atividades são propostas.

## Abstract

Nowadays, the relationship between acute postoperative pain and the appearance of multiple complications has been shown. Therefore, it is necessary the effective management of postoperative pain by the nurse.

**Objective:** To generate a nursing care proposal for pain management in patients in postoperative myocardial revascularization, after extubation, based on the Theory of Unpleasant Symptoms.

**Methodology:** From the Logical Framework approach, both the importance of pain management in patients in postoperative myocardial revascularization and the theory of unpleasant symptoms were socialized to nurses who work in Intensive Care Unit of a Health institution of IV Level in Bogotá. The evaluation format was developed in order to establish the factors that determined the pain, the pain symptom characteristics and consequences of the symptom, and then to establish the proposal of nursing care.

**Results:** The experience of pain in nine patients in postoperative myocardial revascularization was assessed, finding that the presence of pain prevented mainly physical activity, effective cough and sleep, thereby causing a high level of anxiety, worry and fatigue. Based on these findings, eight nursing diagnoses and their respective activities are proposed.

**Conclusion:** The appropriate assessment and management of postoperative pain by nurses allows adequate recovery

**Conclusión:** La adecuada valoración y manejo del dolor postquirúrgico por parte del profesional de enfermería permite una recuperación adecuada, así como un aumento del bienestar y la comodidad en el paciente revascularizado.

*Descriptores:* Dolor; Atención de Enfermería; Revascularización Miocárdica (fuente: DECS BIREME).

**Conclusão:** A adequada avaliação e manejo da dor pós-operatória adequada por parte da enfermeira, permite uma recuperação adequada e aumento do bem-estar e o conforto em pacientes revascularizados.

*Descritores:* Dor; Cuidados de Enfermagem; Revascularização Miocárdica (fonte: DECS BIREME).

and increased comfort and convenience in revascularized patients.

*Descriptors:* Pain; Nursing Care; Myocardial Revascularization (source: DECS BIREME).

## Introducción

En las últimas tres décadas, las enfermedades cardiovasculares han constituido la principal causa de muerte en los países industrializados y en los países en vía de desarrollo (1). La enfermedad coronaria ha sido la manifestación más prevalente, afectando la calidad de vida de hombres y mujeres mayores de 45 años de edad, como consecuencia de una alta mortalidad y morbilidad (2, 3).

En Colombia, las enfermedades cardiovasculares han ocupado los primeros lugares de mortalidad, específicamente por la isquemia miocárdica (4), que para el 2011 presentó una tasa global de mortalidad del 25,4% (5). Según el Ministerio de Protección Social (4), del total de esta población sólo el 32% recibe un diagnóstico y tratamiento oportunos mediante la atención de urgencias, para lo cual son sometidos a terapia trombolítica un 18% y a Revascularización Miocárdica (RVM) un 6,4%. El resto de la población recibe tratamiento médico farmacológico.

Los pacientes en posoperatorio de RVM manifiestan como principal síntoma el dolor, el cual es el agente estresante más importante durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (6, 7). De ahí que uno de los objetivos prioritarios de los cuidados de enfermería sea su valoración y manejo efectivo (8, 9).

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como “una experiencia sensorial y emocional displacentera asociada a un daño tisular, actual o potencial o descrito en esos términos” (10). La “experiencia” abarca la percepción y la conducta resultante de la función mental del cerebro; la “sensación” se refiere a los procesos neurofisiológicos que captan y transmiten la señal dolorosa a los centros cerebrales superiores (10, 11).

Los pacientes en postoperatorio de RVM presentan un dolor agudo que traduce la respuesta a la agresión quirúrgica (12). Sin embargo, este dolor no sólo procede de la incisión. Pasadas las primeras horas del postoperatorio inmediato, las fuentes de dolor pueden provenir de los drenajes

torácicos, de la parte posterior de la espalda y los hombros con relación a la postura y dureza de la mesa quirúrgica, y de las zonas de inserción de catéteres vasculares (13).

Las implicaciones que el dolor posoperatorio pueden tener sobre la recuperación del paciente tras la RVM van más allá de la experiencia del dolor. En la actualidad se ha puesto de manifiesto la relación existente entre el dolor agudo posoperatorio y la aparición de complicaciones respiratorias, cardiocirculatorias, endocrino-metabólicas, digestivas y psicológicas.

El deterioro de la función respiratoria es una de las complicaciones más importantes en el postoperatorio inmediato, con una incidencia que oscila entre el 6 y el 76%, estimando un 25% de la mortalidad (14). Ésta se manifiesta por la presencia de cambios radiológicos, como atelectasia pulmonar, edema pulmonar, neumonía y derrame pleural, así como de taquipnea, tos, expectoración, fiebre o cianosis (15-17).

Las alteraciones cardiovasculares se producen como consecuencia de la liberación de catecolaminas por la hiperactividad simpática, que da lugar al aumento de la frecuencia cardíaca y de las resistencias vasculares periféricas, con el consiguiente incremento del índice cardíaco y del consumo de oxígeno por parte del miocardio. Esta disminución de flujo sanguíneo puede interferir en la correcta cicatrización postquirúrgica (18).

Los trastornos vasculares periféricos secundarios a la inmovilidad del paciente por el dolor y el vasoespasmo reactivo contribuyen al empeoramiento de la circulación periférica, aumentando el riesgo de trombosis venosa profunda y de trombo-embolismo (14, 17).

Las complicaciones endocrino-metabólicas se dan como consecuencia de la agresión quirúrgica y por la presencia de dolor, activando la respuesta del sistema simpático y estimulando el eje endocrino hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. Éste, junto con una disminución de la capacidad venosa y un aumento de la frecuencia cardíaca, inotropismo y resistencias periféricas, contribuye a prolongar las estancias hospitalarias al aumentar la morbilidad del periodo postoperatorio (19).

Las alteraciones digestivas vienen determinadas por el descenso en la actividad digestiva e incluyen alteraciones como distensión abdominal, náuseas, vómitos o íleo paralítico, provocando una mala asimilación de la ingesta alimenticia o intolerancia digestiva. Todo ello es motivado por un aumento del tono de los esfínteres y de las secreciones intestinales, con inhibición y disminución de la motilidad gastrointestinal, en particular a nivel de estómago y colon (20).

Las reacciones de tipo psicológico ante el dolor corresponden con emociones tales como angustia, miedo, depresión y aprensión, siendo resultado de una respuesta cortical al dolor (21, 22).

Al observar las múltiples complicaciones que trae consigo el dolor, resulta evidente el beneficio de una adecuada valoración y un manejo por parte del profesional de enfermería. Por esta razón, una propuesta de cuidado para el manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de RVM tras la extubación será una gran herramienta para la práctica del cuidado de enfermería.

## Marco teórico: Teoría de los Síntomas Desagradables

La Teoría de los Síntomas Desagradables propuesta por Elizabeth Lenz y colaboradores (1995, 1997) es “una teoría que emerge de manera espontánea de la práctica de enfermería de manera inductiva de lo particular a lo general, a partir de reflexiones del mundo real” (23). Se basa en la premisa de que hay similitudes a través de los diferentes síntomas experimentados por un tipo de poblaciones clínicas en diversas situaciones (23).

Esta teoría está constituida por tres grandes constructos: *los síntomas que la persona experimenta*, *los factores influyentes* —que aumentan o afectan la naturaleza de la experiencia del síntoma— y *las consecuencias de la experiencia del síntoma*.

### Los síntomas

Son los indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal tal como lo experimentan los pacientes. Constituyen una experiencia multidimensional que se puede observar y medir aisladamente o combinada con otros síntomas,

produciéndose una afectación mutua que puede llevar a potencializar cada uno de éstos. Se espera que de igual manera las acciones que influyen en los síntomas variables aporten para controlarlos conjuntamente (23). Dentro de la teoría, las dimensiones del síntoma son las que caracterizan cada uno de los síntomas de forma aislada y conjunta, valorando lo siguiente:

- La intensidad que es la dimensión que cuantifica la severidad, fuerza o cantidad del síntoma. Es el aspecto de la experiencia del síntoma más frecuentemente medido.
- El patrón de presentación en el tiempo, que incluye la frecuencia del síntoma intermitente, la duración de un síntoma persistente o una combinación de frecuencia y duración.
- El nivel percibido de angustia, entendido como el grado de incomodidad que produce el síntoma.
- La calidad es la dimensión que hace referencia a la naturaleza del síntoma o a la forma en como éste es experimentado e incluye el vocabulario utilizado para describir cómo se percibe el síntoma, incluyendo la localización de la sensación y el grado al cual la persona responde.

### Factores que influyen en el síntoma

Los factores psicológicos, fisiológicos y situacionales influyen en la experiencia del síntoma y a su vez pueden ser influenciados mutuamente. Los factores psicológicos contemplan el estado mental de la persona, la respuesta afectiva a la enfermedad y el grado de conocimiento o de incertidumbre acerca de los síntomas y su significado. Los fisiológicos hacen referencia al funcionamiento de los sistemas corporales, la presencia de cualquier alteración o gravedad de la enfermedad, el nivel de energía de la persona y la comorbilidad. Los factores situacionales abarcan el entorno social y físico del individuo. Se refieren a la influencia del ambiente social —empleo, estatus marital, apoyo familiar y social—, a las condiciones de vida —acceso a servicios—, al ambiente físico —calor, humedad, luz y calidad de aire— y a los recursos (23).

## Consecuencias de la experiencia del síntoma

Se refiere al resultado o efecto de haber experimentado el síntoma que se manifiesta como desempeño y consta de dos partes: el desempeño funcional, que incluye la actividad física, las actividades de la vida cotidiana, la interacción y el cumplimiento del rol; y el desempeño cognitivo, que se refiere a la capacidad de concentración, pensamiento y de resolución de problemas (23).

La Teoría de los Síntomas Desagradables “propone un modo de integrar la información acerca de la complejidad y la interacción natural de la experiencia del síntoma [...]” (24), por lo que permite al profesional de enfermería entender mejor la experiencia que atraviesa un paciente al sentir y expresar un síntoma o un grupo de síntomas. En consecuencia, su aplicación en el manejo del dolor en el paciente en el posoperatorio de RVM no sólo es posible, sino que además proporcionará al profesional de enfermería las herramientas necesarias para entender la experiencia del paciente con dolor, es decir: permitiría el abordaje del síntoma de forma multidimensional.

## Metodología

A partir de la herramienta del Marco Lógico, se socializó la importancia del manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de RVM al personal de enfermería —8 enfermeras profesionales y 12 auxiliares de enfermería— que laboraba en la UCI de una Institución Prestadora de Servicios de salud de IV Nivel de la ciudad de Bogotá. De igual forma, se dio a conocer la Teoría de los Síntomas Desagradables, ya que conformaba el marco teórico de la propuesta de cuidado. Así mismo, se elaboró un formato de valoración del dolor del paciente en posoperatorio de RVM tras la extubación para reunir la información en relación con los factores que determinaban el dolor, las características del síntoma y sus consecuencias.

La valoración del dolor en los pacientes en posoperatorio de RVM fue realizada por los profesionales de enfermería de la UCI en cinco momentos: la primera valoración se realizó tras la extubación del paciente o en la primera hora de su ingreso a la unidad, si llegaba sin Ventilación

Mecánica Invasiva (VMI); la segunda se realizó a las seis horas tras la extubación o de su ingreso a la unidad; la tercera en la hora 12 tras la extubación o del ingreso a la unidad; y la cuarta y quinta valoración se realizaron en las horas 24 y 48, respectivamente.

Adicionalmente, dentro del formato de valoración cada profesional de enfermería registraba las intervenciones y actividades que realizaba para manejar el dolor. Se recolectó información en los formatos de valoración en un tiempo de tres semanas, para luego realizar el análisis y la síntesis de la información contenida en los formatos recolectados de tal forma que se obtuvieron datos relevantes para describir el dolor posquirúrgico en el paciente en posoperatorio de RVM para establecer la propuesta de cuidado de enfermería.

## Resultados

En total se valoró la experiencia del dolor posquirúrgico en nueve pacientes sometidos a RVM tras la extubación. Cuatro de ellos (44%) fueron mujeres con edades comprendidas entre los 59 y 72 años; y cinco (56%) fueron hombres con edades entre los 49 y 78 años. Siete de los pacientes se encontraban laboralmente activos y dos bajo el cuidado de su familia. Seis de ellos (66%) requirieron entrada a circulación extracorpórea en el transoperatorio y siete (77%) de safenectomía para la realización de los puentes coronarios. Siete de los pacientes intervenidos llegaron con intubación orotraqueal (77%), tres (43%) fueron extubados dentro de las tres primeras horas tras su ingreso a la unidad, dos (28,5%) fueron extubados en las siguientes seis horas luego de su ingreso y dos (28,5%) fueron extubados después de doce horas tras su ingreso a la unidad.

Entre los antecedentes personales patológicos, además del síndrome coronario se encontró que cinco de los pacientes tenían un diagnóstico de EPOC, siete de hipertensión arterial, tres con diabetes mellitus insulino dependiente, uno con obesidad mórbida y un paciente farmacodependiente.

De la valoración de la experiencia del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica, tras la extubación, los hallazgos más relevantes fueron:

## **Síntomas**

El síntoma principal fue referido por los pacientes como “dolor desgarrante”, “dolor que abre”, “dolor que revienta”, “dolor de pesadez”. Fue ubicado por siete de los pacientes en el centro del pecho; dos de ellos lo ubicaron en todo el pecho, todos en relación con la herida quirúrgica de esternotomía. Así mismo, manifestaron “dolor de maltrato” y “dolor de entumecimiento” en el cuello, hombros, espalda y cintura. Los pacientes que requirieron de safenectomía para la realización de los puentes coronarios expresaron “ardor”, “quemazón” y “dolor pulsátil” en la pierna.

El dolor asociado a la esternotomía no presentó irradiación, sino que fue localizado sobre la herida quirúrgica y calificado como constante, que disminuía pero no desaparecía. Cinco de los pacientes que refirieron dolor de maltrato o entumecimiento expresaron irradiación del dolor desde el cuello a la espalda y desde los hombros a la espalda. Entre los síntomas acompañantes, fueron mencionados náuseas, sudoración, palpitaciones, debilidad y mareo.

La intensidad del dolor en la primera valoración fue calificada en la Escala Visual Análoga (EVA) entre 7 y 9; en la segunda valoración sólo dos de los pacientes refirieron disminución de la intensidad del dolor, ubicándolo en 6. En la tercera valoración, ocho de los pacientes expresaron disminución del dolor, dándole una calificación de entre 4 y 7. En la cuarta valoración, la intensidad del dolor disminuyó hasta una calificación de 3 a 5 en la EVA, calificación que se mantuvo para la quinta valoración, la cual fue realizada en las 48 horas posteriores a la extubación o del ingreso a la unidad —si el paciente llegaba extubado—. Como hallazgo importante, se encontró que las mujeres refirieron menor intensidad del dolor en relación con los hombres.

Respecto al nivel percibido de angustia, el dolor generó en los pacientes desesperación, baja de ánimo, tristeza y arrepentimiento por haber decidido someterse a la cirugía. Estas emociones aumentaron a medida que la intensidad del dolor era mayor, pero disminuyeron cuando la intensidad del dolor se redujo.

## **Factores determinantes del síntoma**

En la categoría de factores determinantes fisiológicos sólo un paciente refirió que desde que nació fue “muy sensible” y por esta razón le era tan difícil calmar el dolor. Los demás pacientes no asociaron ningún factor fisiológico personal o familiar como determinante del dolor. Entre los factores psicológicos, seis de los pacientes refirieron que el dolor aumentaba cuando se sentían “preocupados o angustiados”, debido a que no sabían qué iba a pasar.

En relación con los factores situacionales, se encontró la VMI como mayor desencadenante del dolor, especialmente en los minutos previos al retiro del tubo orotraqueal. Así mismo, la actividad aumentaba la intensidad del dolor, especialmente cuando el paciente debía cambiar de posición, enderezarse o sentarse. La tos fue señalada como gran intensificadora del dolor, inclusive luego de las 48 horas pos-extubación. Así mismo, los pacientes refirieron que pensar en una estancia hospitalaria prolongada aumentaba la intensidad del dolor, especialmente en los pacientes que tenían responsabilidades de tipo económico con sus familias.

## **Consecuencias del síntoma**

En el desempeño funcional se encontró que la presencia del dolor ocasionó que los pacientes buscaran limitar al máximo la actividad física, pese a que el personal de enfermería fomentaba el paso de la cama a la silla rápidamente. Los pacientes manifestaron que, secundario al dolor, procuraban no toser, no moverse y comer poco. En relación con el desempeño cognitivo, a medida que el dolor aumentaba de intensidad disminuía la capacidad de concentrarse, de escuchar y obedecer las indicaciones del equipo de salud.

## **Actividades de enfermería**

Entre las actividades de enfermería referidas para el manejo del dolor posquirúrgico, se encontró que la administración de analgésicos intravenosos, tipo morfina y dipirona, fue la principal intervención. Indicaron otras actividades orientadas a aumentar la comodidad del paciente, como la realización de cambios de posición y los masajes, en donde el paciente expresó dolor de maltrato o entumecimiento. Igualmente, resaltaron las actividades fomentadoras del sueño,

como disminuir la intensidad de la luz o apagarla, mantener los cubículos con ambiente tibio, evitando el frío, y la administración de ansiolíticos tipo alprazolam.

### **Propuesta de cuidado de enfermería**

Con base en los resultados descritos anteriormente, se identificaron los diagnósticos de enfermería prioritarios, según NANDA, para el manejo del dolor posquirúrgico en el paciente revascularizado, se plantearon las metas a lograr y se establecieron las intervenciones de enfermería.

*(00132) Dolor agudo R/C lesión tisular S/A procedimiento quirúrgico (RVM).*

El dolor agudo es una experiencia sensitiva y emocional desagradable derivada de una lesión tisular real o potencial. Es de comienzo brusco o lento, de cualquier intensidad entre leve e intensa, con un final anticipado previsible y una duración inferior a 6 meses (25).

#### Características definitorias:

##### *Subjetivas*

- El paciente verbaliza la presencia del dolor.
- El paciente valora el dolor y lo evalúa en una EVA de 1 a 10.

##### *Objetivas*

- Aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca y respiratoria.
- Dilatación pupilar.
- Diaforesis, palidez.
- Manifestaciones musculoesqueléticas: gesticular, apretar los puños, retorcerse, inquietud, protegerse o tocarse la parte afectada.
- Aspecto aprensivo y temeroso.

#### Objetivo/meta:

Disminuir el dolor en términos de intensidad.

#### Actividades de enfermería:

##### 1. Modificar las variables que intensifican la experiencia dolorosa del paciente:

- Explicar al paciente que su valoración frecuente, detallada y aparentemente repetitiva va dirigida a permitir al personal de enfermería comprender mejor su experiencia del dolor y no porque se esté cuestionando su existencia.
- Explicar los factores responsables del dolor.
- Instruir al paciente sobre la importancia del reposo adecuado, en especial cuando reduce el dolor, para recuperar fuerza y las capacidades para reducir el estrés.

##### 2. Aplicar medidas de confort:

- Utilizar técnicas de relajación, como frotar la espalda, hacer masajes, tomar baños calientes, escuchar música o leer temáticas de su interés, utilizar cojines y almohadas para apoyar la parte dolorosa y reducir la tensión muscular, y estimular la respiración lenta y rítmica.
- Estimular la imaginación guiada del paciente, pidiéndole que recuerde y experimente alguna imagen que sea placentera y relajante, y que incluya el uso de por lo menos dos sentidos.
- Hacer que el paciente respire de forma rítmica y relajante.
- Cambiar al paciente de posición hasta identificar las que influyen en la disminución del dolor.
- Eliminar al máximo todo aquello de su entorno que le pueda generar un detonante para el inicio del dolor.



- Garantizar que su habitación esté lo suficientemente cálida en términos de temperatura.
- Tratar que su entorno sea un ambiente tranquilo.

3. Administrar la medicación analgésica formulada para potencializar las actividades planteadas previamente y que serán ejecutadas por el profesional de enfermería: administración de morfina IV en dosis de 1 a 4 mg IV cada 3 h —es necesario ir espaciando las dosis a medida que la intensidad del dolor disminuya—. Se recomienda la utilización conjunta con AINES. Otros analgésicos: Dipirone IV 2 g IV c/6 h, Meperidina IM/SC 1-2 mg/kg c/3-4 h (13).

4. Tener en cuenta las dosis de rescate que se administran como dosis adicionales cuando la intensidad del dolor no disminuye, pese a la administración de las dosis programadas.

#### Evaluación:

Encaminada a valorar las características objetivas y subjetivas que sugieren presencia de dolor o aumento/persistencia de su intensidad.

*(00146) Ansiedad R/C dolor agudo, estado de salud e incertidumbre frente a la enfermedad*

Sensación vaga y molesta de intranquilidad o de temor, acompañada de una respuesta neurovegetativa. El origen suele ser inespecífico o desconocido para el paciente, con sentimiento de temor causado por la anticipación de peligro (25).

#### Características definitorias:

##### Subjetivas

- Verbaliza un aumento de la tensión muscular.
- Expresa la sensación frecuente de hormigueo en manos y pies.
- Relata un sentimiento continuo de temor.
- Expresa preocupación por una sensación de fatalidad inminente.

- Afirma que tiene dificultad para quedarse dormido.
- Manifiesta repetidas veces preocupaciones sobre los cambios en el estado de salud y la evolución de la enfermedad.

#### Objetivas

- Agitación psicomotriz: impaciencia, nerviosismo, inquietud.
- Frente tensa, fruncida.
- Expresión facial tensa de preocupación.
- Hipervigilancia: explora el ambiente.
- Se sobresalta fácilmente.
- Se distrae continuamente.
- Sudoración de palmas de las manos.
- Patrón del sueño fragmentado.
- Taquicardia.
- Taquipnea.

#### Objetivo/meta:

Disminuir la sensación de ansiedad.

#### Actividades de enfermería:

1. Manejo del dolor: disminución de su intensidad.
2. Instruir al paciente en las estrategias de relajación sencillas y eficaces:
  - Realizar ejercicio de respiración lenta y profunda.
  - Centrar la atención en un objeto o persona del ambiente.
  - Escuchar música tranquilizadora o de relajación.
3. Escuchar activamente y aceptar las preocupaciones del paciente relacionadas con las amenazas de su enfermedad, su evolución y la hospitalización.

4. Ayudar al paciente a diferenciar las preocupaciones realistas de los miedos exagerados mediante explicaciones claras y sencillas.
5. Proporcionar una explicación sencilla de los acontecimientos y estímulos ambientales no relacionados con la enfermedad.
6. Permitir al paciente negar o suprimir los efectos de su enfermedad y de su hospitalización que no pueda afrontar o controlar.

**Evaluación:**

Encaminada a valorar la disminución de la ansiedad a partir de la presencia de características definitorias objetivas y subjetivas.

*(00092) Alto riesgo de intolerancia a la actividad física R/C reposo en cama/debilidad generalizada S/A dolor agudo*

Estado en el que el paciente no tiene suficiente energía fisiológica o psicológica para realizar o completar las actividades cotidianas deseadas o en el que experimenta limitación de la capacidad del movimiento físico-independiente (25).

**Características definitorias:**

- Dolor torácico con la actividad.
- Elevación de la frecuencia cardíaca superior a 30 latidos por minuto por encima de la frecuencia basal durante la actividad o de 15 latidos por minuto por encima de la basal en pacientes que toman betabloqueantes o calcioantagonistas.
- Elevaciones de la frecuencia cardíaca por encima de la cifra basal 5 minutos después de la actividad.
- Hipotensión postural al pasar de la posición decúbito a estar de pie o en silla.
- Fatiga subjetiva con la actividad.

**Objetivo/meta:**

Fomentar la movilidad física disminuyendo el riesgo de intolerancia a la actividad física.

**Actividades de enfermería:**

- Manejo del dolor y la ansiedad.
- Insistir en los ejercicios de arco de movilidad activa y pasiva mientras el paciente está en la cama para mantener flexibles las articulaciones y los músculos distendidos. Enseñar al paciente a no contener la respiración mientras realiza los ejercicios y a evitar la maniobra de Valsalva.
- Insistir en la realización de ejercicios de tonificación muscular al menos tres veces al día.
- Progresar en la deambulacion, primero de la cama a la silla y luego de la silla al baño.
- Permitir los períodos de descanso del paciente luego de la actividad física.
- Promover el sueño efectivo durante la noche para disminuir la debilidad y el cansancio durante el día.
- Enseñar al paciente a tomarse el pulso para determinar la tolerancia a la actividad.

**Evaluación:**

Encaminada a valorar el mantenimiento e incremento de la actividad física en el paciente, valorando su tolerancia.

*(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C dolor agudo*

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio con el fin de mantener limpia la vía aérea.

**Características definitorias:**

- Ruidos respiratorios anómalos: disminución del murmullo vesicular, presencia de ruidos respiratorios agregados (*roncus*).
- Tos ineficaz con o sin expectoración.
- Taquipnea, disnea.

- Fiebre.
- Informes verbales de incapacidad para limpiar la vía aérea.

#### Actividades de enfermería:

1. Manejo del dolor.
2. Valorar el color, la consistencia y la cantidad de expectoración.
3. Proporcionar la máxima expansión torácica mediante el tratamiento postural: respiración profunda.
4. Mantener una hidratación adecuada administrando líquidos orales e intravenosos para fluidificar las secreciones y facilitar la limpieza de las vías aéreas.
5. Humidificar las vías aéreas mediante un dispositivo de suministro de oxígeno o una vía aérea artificial.
6. Fomentar la tos efectiva a partir del soporte esternal, ayudando con los ejercicios de tos dirigida, en cascada, al final de la espiración y estimulada para facilitar la expectoración de secreciones.
7. De ser necesario, administrar mucolíticos o broncodilatadores cada 4 horas para facilitar la expectoración.
8. Aspirar por vía nasotraqueal o endotraqueal cuando sea necesario para ayudar a expulsar las secreciones.
9. Cambiar de posición al paciente al menos cada dos horas o utilizar la terapia de rotación lateral continuada para movilizar las secreciones y evitar que se acumulen.

#### Evaluación:

Encaminada a evaluar el esfuerzo tusígeno satisfactorio asistido con soporte esternal, a través de la movilización de secreciones bronquiales.

*(00032) Patrón respiratorio ineficaz R/C dolor/ansiedad*

Estado en que la inspiración o la espiración del individuo no permiten una ventilación adecuada (25).

#### Características definitorias:

- Disnea, taquipnea, cambios en la profundidad de la respiración.
- Expansión torácica alterada por disminución.

#### Objetivo/meta:

Mantener un patrón respiratorio eficaz.

#### Actividades de enfermería:

1. Manejar el dolor.
2. Manejar la ansiedad.
3. Fomentar la realización de incentivo respiratorio para evitar la hipoventilación alveolar y la formación de atelectasias.
4. Promover la máxima expansión torácica mediante las respiraciones profundas.
5. Administrar oxígeno según los requerimientos del paciente.
6. Evaluar la presencia de tos efectiva.

#### Evaluación:

Encaminada a valorar la adecuada y efectiva ventilación del paciente.

*(00198) Trastorno de patrón del sueño R/C dolor agudo*

Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos (25).

#### Características definitorias:

- Quejas de dificultad para conciliar el sueño.
- Desvelo antes o después de lo deseado.
- Sueño interrumpido.
- Cambios de comportamiento y rendimiento.
- Irritabilidad.
- Desorientación.

- Bostezos frecuentes.
- Cambios en la postura.

### Objetivo/meta:

Mantener un adecuado patrón del sueño.

### Actividades de enfermería:

1. Manejo del dolor.
2. Disminuir los estímulos externos durante la noche: luz, ruido, número de interrupciones por procedimientos.
3. Propiciar el sueño nocturno, evitando que el paciente duerma durante la mayoría del día.
4. Promover la actividad diurna para fomentar el descanso nocturno.
5. De ser necesario, administrar medicamentos ansiolíticos tipo alprazolam al inicio de la noche.

### Evaluación:

Orientada a valorar un patrón de sueño efectivo durante la noche y la presencia de energía suficiente durante el día para realizar las actividades encaminadas a la recuperación quirúrgica.

### Discusión

Esta propuesta abarca las necesidades de cuidado de enfermería en torno al dolor posoperatorio en el paciente revascularizado extubado, según la caracterización del síntoma que se logró establecer mediante la valoración del dolor posoperatorio en cinco momentos en una UCI. Sin embargo, existe la necesidad de valorar el dolor posoperatorio en otro tipo de cirugías cardiovasculares, como los cambios valvulares y las correcciones de comunicaciones auriculares/ventriculares.

La necesidad de que el profesional de enfermería se apropie del manejo del dolor posoperatorio en el paciente revascularizado radica en que de su adecuado manejo depende en gran medida la recuperación satisfactoria posoperatoria,

disminuyendo no sólo las complicaciones secundarias al dolor, sino también la estancia hospitalaria al permitir que se inicien actividades de rehabilitación de forma temprana. El manejo del dolor por parte del profesional de enfermería no debe sólo radicar en la administración de analgesia intravenosa o por vía oral, sino también en procurar la máxima comodidad del paciente, disminuyendo estímulos externos molestos. Es necesario desde la enfermería continuar investigando el fenómeno del dolor posquirúrgico en pacientes llevados a cirugías cardiovasculares, de tal forma que se optimicen las estrategias empleadas en el manejo del dolor posoperatorio.

### Conclusión

El cuidado de enfermería al paciente en posoperatorio de RVM que experimenta dolor se puede proporcionar a partir de una propuesta de cuidado de enfermería. Sin embargo, requiere de la constante valoración por parte del profesional de tal forma que se pongan en marcha acciones para su manejo y control, obteniendo aumento del bienestar y la comodidad en el paciente revascularizado.

### Referencias

- (1) Robins JL, McCain NL, Elswick RK. Exploring the complexity of cardiometabolic risk in women. *Biol Res Nurs*. 2012 Apr;14(2):160-170.
- (2) Ministerio de Salud y Protección Social. Situación de salud en Colombia: Indicadores Básicos 2011 [informe en Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2011 [acceso: 15 jun 2012]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Indicadores%20basicos%202011.pdf>
- (3) Sociedad Colombiana de Cardiología. Guías Colombianas de Cardiología, Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST. *Rev Colomb Cardiol*. 2010 feb;17(3):123-124.
- (4) Ministerio de la Protección Social. Módulo-Análisis de situación de enfermedades no transmisibles, seleccionadas 2011: indicadores trazadores [informe en Internet]. 2011 [acceso: 19 may 2015]. Disponible en: [www.minproteccion.gov.co](http://www.minproteccion.gov.co)

- (5) Departamento Nacional de Estadística (DANE). Defunciones por grupo de edad y sexo, según causas agrupadas 6/67 CIE de OPS año 2011 [informe en Internet]. Bogotá: Departamento Nacional de Estadística (DANE); 2012. Disponible en: [www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=205:defunciones-2011&catid=118:estadisticas-vitales](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=205:defunciones-2011&catid=118:estadisticas-vitales)
- (6) Navarro MA, Irigoyen MI, DeCarlos VA, Martínez AO, Elizondo AS, Indurain SF *et al.* Evaluación del dolor postoperatorio agudo tras cirugía cardíaca. *Enferm Intensiva.* 2011;22(4):150-159.
- (7) Beltrán-Salazar OA. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichán.* 2009 abr;9(1):23-37.
- (8) Yava A, Tosun N, Ünver V, Çiçek H. Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. *Stress Health.* 2011 Apr;27(2):36-47.
- (9) Pang PS, Suen LK. Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions. *J Clin Nurs.* 2008 Oct;17(20):2681-2689.
- (10) Krikorian A, Jairo J, Vélez MC. Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. *Psicooncología.* 2008 feb;5(2-3):245-255.
- (11) Molina JM, Figueroa JR, Uribe AF. El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Univ Psychol.* 2013;12(1):55-62.
- (12) Chapman CR, Zaslansky R, Donaldson GW, Shinfeld A. Postoperative pain trajectories in cardiac surgery patients. *Pain Res Treat.* 2012;2012:1-8.
- (13) Karabulut N, Aktas YY, Gürçayir D, Yılmaz D, Gökmen V. Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open-heart surgery. *Aust J Adv Nurs.* 2015;32(3):16-24.
- (14) Rocha-Machado JF, Mille-Loera E, Serna-Secundino I. Restricción pulmonar secundaria a dolor postoperatorio. *Rev Mex Anest.* 2009;32(1):82-85.
- (15) Moreno AM, Castro RR, Sorares PP, Sant'Anna M, Cravo SL, Nóbrega AC. Longitudinal evaluation the pulmonary function of the pre and postoperative periods in the coronary artery bypass graft surgery of patients treated with a physiotherapy protocol. *J Cardiothorac Surg.* 2011 Apr;6:62-68.
- (16) Guden M, Korkmaz AA, Onan B, Onan IS, Tarakci SI, Fidan F. Subxiphoid versus intercostal chest tubes: comparison of postoperative pain and pulmonary morbidities after coronary artery bypass grafting. *Tex Heart Inst J.* 2012;39(4):507-512.
- (17) Sun LX, Cong L, Wang MS, Shi F. Feasibility study of bilateral thoracic paravertebral block for postoperative analgesia in patients after off-pump coronary artery bypass grafting. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2013 Dec;93(45):3569-3572.
- (18) Oliveira TM, Oliveira GM, Klein CH, Silva NA, Godoy PH. Letalidad y complicaciones de la cirugía de Revascularización Miocárdica en Río de Janeiro, de 1999 a 2003. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(3):303-312.
- (19) Sondekoppam RV, Arellano R, Ganapathy S, Cheng D. Pain and inflammatory response following off-pump coronary artery bypass grafting. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2014 Feb;27(1):106-115.
- (20) Oriol-López SA. Profilaxis y tratamiento de la náusea y vómito postoperatorios. *Rev Mex Anesthesiol.* 2013;36(Supl. 2):363-374.
- (21) Gil B, Ballester R, Gómez S, Abizanda F. Afecación emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Psicopatología Psicol Clin.* 2013;18(2):129-138.
- (22) Doering LV, Chen B, McGuire A, Bodán RC, Irwin MR. Persistent depressive symptoms and pain after cardiac surgery. *Psychosom Med.* 2014;76(6):437-444.
- (23) Smith MJ, Liehr PR, eds. Middle range theory for nursing. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Springer; 2014.
- (24) Chen E, Nguyen J, Cramarossa G, Khan L, Leung A, Lutz S *et al.* Symptom clusters in patients with lung cancer: a literature review. *Expert Rev Pharmacoecon Out-comes Res.* 2011 Aug;11(4):433-439.
- (25) NANDA International, Herdman TH. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.