

Práctica diaria:
procedimientoValoración del dolor en el paciente adulto con
afección cardiovascular

Lic. Enf. Diana Teniza Noguez*

* Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería adscrita al Departamento de Administración General de la Dirección de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

La evaluación del dolor ha supuesto tradicionalmente una tarea difícil, teniendo en cuenta la complejidad de un concepto multidimensional compuesto de tan diversas ramificaciones e implicaciones; por lo que se refiere tanto a las dimensiones cuantitativas como a las implicaciones psicológicas y comportamentales del dolor. Es importante establecer un proceso documentado que incluya la escala visual análoga (EVA) y que permita una correcta valoración del dolor a fin de intervenir con cuidados eficientes y oportunos para cubrir las necesidades del paciente desde el ámbito técnico e interpersonal.

Palabras clave: Valoración del dolor, escala visual análoga.

ABSTRACT

Pain assessment had been traditionally a difficult task, taking into account the complexity of a multidimensional concept consisting of highly diverse ramifications and implications, in terms of the quantitative aspects and psychological and behavioral implications of pain. It is important to establish a documented process including a visual analogue scale (VAS) and allowing a proper assessment of pain in order to interfere with efficient and timely care to meet the needs of the patient in the technical and interpersonal aspects.

Key words: Pain assessment, visual analogue scale.

INTRODUCCIÓN

La evaluación del dolor ha supuesto tradicionalmente una tarea difícil, teniendo en cuenta la complejidad de un concepto multidimensional compuesto de

tan diversas ramificaciones e implicaciones; por lo que se refiere tanto a las dimensiones cuantitativas como a las implicaciones psicológicas y comportamentales del dolor.¹ La medición del dolor agudo, sobre todo en el ámbito clínico se conduce mediante la escala visual análoga (EVA), que evalúa de manera subjetiva la intensidad o severidad del dolor percibido, tanto crónico como agudo, permitiendo al paciente expresar la severidad de su dolor y posibilitando obtener un valor numérico del mismo, donde en una línea de 0 a 10 cm se señala el dolor, considerando a 0 como ausencia y a 10 cm como el peor dolor posible.² Teniendo en cuenta la necesidad práctica de evaluar el dolor en los pacientes adultos, parece imprescindible la valoración adicional de aspectos emocionales, afectivos, de comportamiento, así como el tener en cuenta otras variables implica-

Recibido para publicación: septiembre 2010.

Aceptado para publicación: mayo 2011.

Dirección para correspondencia:

Lic. Enf. Diana Teniza Noguez

Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI. Del. Tlalpan. 14080.

Tel.: 55732911, Ext. 1505 y 1262

E-mail: teniza_kim@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

das como estado de ánimo, estrés y ansiedad, entre otras con objeto de delimitar con mayor detalle los factores asociados a la administración de analgesia. El correcto manejo del dolor por parte del equipo multidisciplinario mejora la calidad de vida de los pacientes.

DEFINICIÓN

La valoración del dolor son acciones de Enfermería dirigidas a evaluar la presencia de dolor, según intensidad y/o severidad percibida por la persona a través de la escala visual análoga (EVA) en el paciente con afección cardiovascular; así como sus variables implicadas como el estado de ánimo, estrés y ansiedad entre otras.

OBJETIVOS

- Mejorar el bienestar del paciente.
- Disminuir complicación secundaria al manejo del dolor y en la medida posible el tiempo de estancia hospitalaria.
- Educar al paciente y su familia sobre la importancia que tiene su participación para el manejo eficaz del dolor.

PRINCIPIOS

- El dolor continuo desencadena respuesta al estrés y puede dañar los sistemas cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal, metabólico y neuroendocrino.³
- El factor ansiedad en vísperas de una crisis dolorosa modifica la receptividad al dolor e influye sobre la intensidad con que lo experimenta el sujeto.⁴

MATERIAL Y EQUIPO

- Sello de la EVA, hoja de observaciones de Enfermería, monitor de presión no invasiva, hoja de indicaciones médicas y medicación prescrita.

PROCEDIMIENTO

Profesional de Enfermería:

1. Realizar lavado de manos al inicio y las veces que sea necesario.
2. Historia clínica.
 - Realizar interrogatorio directo e indirecto encaminados a la semiología del dolor: localización, irradiación, intensidad, duración, inicio, evolución y relación con la respiración y movimientos (*Cuadro I*).
 - Dirigir preguntas encaminadas a la identificación de los factores de riesgo.
3. Exploración física: identificación de signos y síntomas.
 - Observar "claves no verbales" de molestias, especialmente en aquellos pacientes que no pueden comunicarse eficazmente. En los pacientes con ventilación mecánica, identificar desadaptación al ventilador.
 - Valorar la apariencia general del paciente: expresión facial, movimientos y postura.
 - Realizar diagnóstico diferencial considerando las patologías que producen dolor torácico (*Cuadro II*).

Cuadro I. Factores que influyen en el umbral del dolor.

Lo disminuyen		Lo aumentan	
Insomnio	Introversión	Alivio de los síntomas	Terapia ocupacional
Aburrimiento	Malestar	Condicionamiento conductual	Mejora del sueño
Cansancio	Tristeza	Simpatía	Acompañamiento
Ansiedad	Conspiración de silencio	Distracción	El buen humor
Enfado	Abandono social	Reducción de la ansiedad	Analgésicos-ansiolíticos
Depresión		Antidepresivos	Descanso
		Buena comunicación	

Fuente: Astudillo W, Mendinueva C, Astudillo E, Gabilondo S. Principios básicos para el control del dolor total. Rev Soc Esp del Dolor 1999; 6(1): 29-40.

Cuadro II. Diagnóstico diferencial del dolor torácico.

Enfermedad	Signos y síntomas diferenciales
Reflujo gastroesofágico Espasmo esofágico	No cambios electrocardiográficos Pirosis Empeora al acostarse pero también con el esfuerzo Causa común de dolor torácico
Embolismo pulmonar	No congestión pulmonar en radiografía Puede simular infarto inferior: elevación del segmento ST en DII, DIII y AVF PaO ₂ y PaCO ₂ disminuidos Hiperventilación
Hiperventilación	Síntoma principal: disnea Frecuentemente pacientes jóvenes Adormecimiento de las manos, mareo PaO ₂ disminuido, PaCO ₂ normal o elevado Una enfermedad orgánica puede ser la desencadenante
Neumotórax espontáneo	Disnea es el síntoma principal Cambios en radiografía y la auscultación Dolor localizado en un hemitórax y limita la respiración
Disección aórtica	Dolor severo que migra a la espalda Disección tipo A: algunas veces obstrucción del ostium coronario derecho con signos de infarto inferoposterior A veces mediastino amplio en radiografía de tórax Soplo de regurgitación aórtica de reciente aparición
Pericarditis	Empeora con la respiración, mejora al sentarse y empeora al acostarse Frote pericárdico
Pleuritis	Elevación generalizada del segmento ST sin depresión recíproca Dolor tipo punzada con la inspiración Tos es el síntoma más frecuente Cambios en la radiografía de tórax
Costocondral	Dolor a la palpación El dolor puede cambiar con la respiración
Herpes zoster temprano	Sin cambios electrocardiográficos Rash o erupción ampollosa Parestesia localizada antes del rash
Extrasístoles Úlcera péptica, colecistitis	Transitorias a nivel del ápex Dolor en epigastrio Dolor intenso abdominal a la palpación El infarto inferior puede simular un abdomen agudo
Depresión	Sensación de pesadez continua en tórax No relacionado con ejercicio Electrocardiograma de superficie normal
Isquemia miocárdica	Dolor opresivo retroesternal de fuerte intensidad con síntomas disautonómicos, irradiado a mandíbula, cuello, hombros, ambos brazos o la espalda Presencia de factores de riesgo o antecedentes de enfermedad coronaria. Enfermedad arterial periférica Supra desnivel o infra desnivel del segmento ST o inversión de la onda T Pocos pacientes pueden tener electrocardiograma normal

4. Valoración de la intensidad del dolor.

- Evaluar el dolor según intensidad, haciendo uso de la EVA (*Figura 1*), (*Cuadro III*).
- Evaluar constantes fisiológicas: frecuencia cardíaca y presión arterial.
- Identificar el grado de riesgo, evidencia de compromiso hemodinámico, síntomas de disautonomía o sugestivo, si el riesgo es alto desarrollar acciones específicas (*Figura 2*).
- Registrar la medición en la hoja de observaciones de Enfermería sobre el sello de escala de dolor.

5. Utilización de métodos evaluativos en el paciente con dolor torácico.

- Tomar electrocardiograma, marcadores séricos cardíacos, radiografía de tórax, gases arteriales entre otros.

6. Determinación del diagnóstico clínico.

- Unificar los datos y determinar el perfil clínico del dolor con base en la sintomatología del paciente.
- Determinar la prioridad y el nivel de atención.
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como: la causa, tiempo que durará y cómo será controlado.
- Informar al médico responsable del paciente la presencia de dolor.

7. Indicación terapéutica.

Médico responsable del paciente.

- Valorar nuevamente al paciente y ratificar diagnóstico emitido por el profesional de Enfermería.
- Transcribir la terapéutica a seguir en la hoja de indicaciones médicas.



La EVA es un instrumento validado para la estimación del dolor. Se trata de una línea de 10 centímetros numerada de 0 a 10, en donde el 0 representa ausencia de dolor y el 10 el dolor más intenso percibido por el paciente.

Fuente: Astudillo W, Mendinueva C, Astudillo E, Gabilondo S. Principios Básicos para el control del dolor total. Rev Soc Esp del Dolor 1999; 6 (1): 29-40.

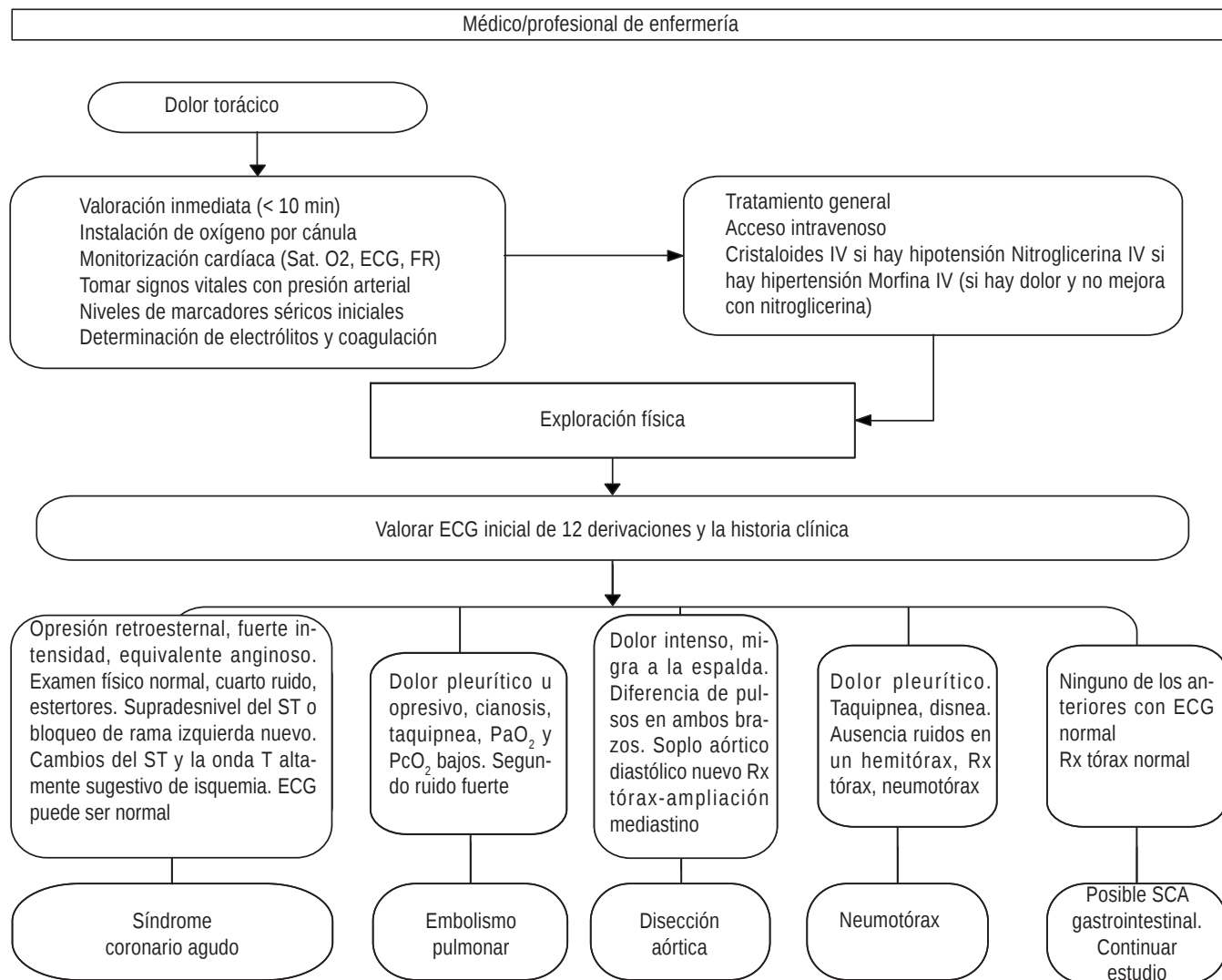
Figura 1. Escala visual análoga.

Cuadro III. Descripción de la EVA de acuerdo al grado de dolor.

Dolor leve (EVA 1 a 3)	El dolor con características de baja intensidad puede ser tratado satisfactoriamente únicamente con analgésicos no opioides del tipo de los antiinflamatorios no esteroides
Dolor moderado (EVA 4 a 7)	El dolor con características de intensidad media puede ser tratado satisfactoriamente con analgésicos opioides con efecto techo (tramadol, buprenorfina, nalbufina) en bolo o en infusión continua, generalmente en combinación con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (INES)
Dolor severo (EVA 8 a 10)	El dolor intenso puede ser manejado con opioides potentes (morfina y citrato de fentanilo) en infusión continua y técnicas de anestesia regional

El esquema analgésico que sólo contempla la indicación “por razón necesaria” (PRN) debe ser evitado

Fuente: Guevara LU, Covarrubias GA, Delille FR, Hernández OA, Carrillo ER, Moyao GD. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio [en línea]. [Citado 12 Diciembre 2010]. Disponible en.: <http://www.comexan.com.mx/guias/dolor-parametros2.htm>



Fuente: Adaptado de Martínez SCR, Martínez RJ. Urgencias cardiovasculares. Tópicos selectos. México: Intersistemas; 2008: 5

Figura 2. Valoración e intervención en el paciente de alto riesgo.

8. Intervenciones de Enfermería.

En el caso de los pacientes con datos sugestivos a infarto agudo al miocardio.

- Dirigir intervenciones de acuerdo a la guía de práctica clínica para cuidado del infarto agudo al miocardio.
- Administrar medicamentos prescritos por el médico siguiendo los 5 correctos y estándares de calidad del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; administración de medicamentos por vía oral (Indicador N. 7) y el de preparación de mezclas intravenosas (Indicador N. 11).⁵

- Adecuar al paciente en posición antiálgica para favorecer el confort.
- Favorecer los periodos de descanso/sueño que faciliten el alivio del dolor.
- Mantener una comunicación efectiva y recabar de la persona toda la información necesaria y de manera continuada sobre el dolor y sus características: percepción, intensidad y duración, por mencionar algunos.
- Enseñar al paciente y la familia el uso de técnicas no farmacológicas de alivio del dolor como:

- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.
- Utilizar técnicas de respiración, relajación, terapia musical, distracción, terapia de juegos y capacidad de imaginación guiada.
- Favorecer la relajación corporal mediante medidas físicas como masajes y la movilización pasiva de extremidades.
- Implementar técnicas de estimulación cutánea; entre éstas la aplicación de calor/frío y masajes.
- Instaurar medidas ambientales y organizativas que favorezcan el descanso y la relajación.
- Instruir al paciente y la familia sobre los efectos de los medicamentos utilizados para el dolor, algunos producen somnolencia durante 2 días, pero esta somnolencia luego remite.

9. Revaloración del dolor por el profesional de enfermería.

- Revalorar el dolor las veces que sean necesarias tras la administración de analgésico e identificar efectos adversos y vincular con los datos clínicos del paciente. En el caso de presentar alguna alteración informar al médico responsable para su valoración.
- Canalizar al paciente al Servicio de Tanatología para que sea tratado.
- Registrar cada medición en la hoja de observaciones de enfermería sobre el sello de la EVA.

10. Reevaluación del dolor por personal médico.

- Evaluar el grado de dolor del paciente. Si es el caso realiza modificaciones en la terapéutica farmacológica e informa al profesional de Enfermería responsable.

11. Registros de Enfermería.

- Describir en las hojas de observaciones de Enfermería los datos relacionados con cualquier tipo de molestia, indicando la terapéutica elegida y la valoración de la eficacia del tratamiento.

CONCLUSIÓN

La implementación de la escala EVA como instrumento para la estimación del dolor en la persona durante la estancia hospitalaria hasta su egreso, permite la identificación de los diversos componentes físicos y no físicos del dolor, siendo esencial para conocer su naturaleza, planificar el tratamiento apropiado, prevenir y adecuar esta práctica a

las necesidades de la persona y los recursos existentes, fungiendo como norma en el marco de este procedimiento para aumentar la calidad asistencial intrahospitalaria, minimizar las posibles complicaciones y sensibilizar al personal sanitario, cuyas intervenciones son significativas para la calidad de atención de los pacientes.

El paciente cardíopata lleva asociado a su enfermedad una gran comorbilidad que a menudo le causa dolor, por lo tanto esta situación en el Instituto ha dado apertura a la implementación de estrategias para la prevención y tratamiento del dolor tras la documentación sobre los aspectos fisiológicos del dolor, la introducción de nuevos fármacos, modalidades del tratamiento y entrenamiento del personal sanitario.

REFERENCIAS

1. Fernández CA, Vilchiz LJ, Caballero J. Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica. *Rev Soc Esp del Dolor* 2006; 13(3): 151-158.
2. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, Gabilondo S. Principios básicos para el control del dolor total. *Rev Soc Esp del Dolor* 1999; 1: 29-40.
3. Federico A. Valoración del dolor en los pacientes con demencia. *Nursing* 2010; 28(5): 56.
4. Aldama VML, Lima MG, Casanova SP, Casanova CP, Casanova CC. Enfoque psicológico y fisiológico del dolor agudo. *Rev Cub Med Mil* 2003; 8(3): 197-203.
5. Ortega VC, Suárez VMG, Jiménez VMC, Añorve GA, Cruz CM et al. *Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería, estrategias para su aplicación*. 2ª ed. México: Médica Panamericana; 2009.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guevara LU, Covarrubias GA, Delille FR, Hernández OA, Carrillo ER, Moyao GD. Parámetros para el manejo del dolor agudo perioperatorio. *Cir Ciruj* 2005; (73): 223-232.
2. López IE. *Enfermería en cuidados Paliativos*. Madrid España: Médica Panamericana; 2004.
3. Serrano AMS, Caballero J, Cañas A, García S, Álvarez SC, Prieto J. Valoración del dolor [en línea]. [Consultado el 9 Ene 2011] Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf
4. Pastor AMP, Martínez TMA, Estero GM, Florido BS. Valoración del dolor en los pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2010; 13(4): 264-266.
5. Días PE. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS dolor iatrogénico. *Oncología* 2005; 28(3): 139-143.
6. Mendoza BF. Dolor torácico en el servicio de urgencias: "Un reto por enfrentar". *Rev Col Cardiol* 2003; 10: 455-464.
7. Santeularia VMT, Catalá PE, Genové CM, Revuelta RM, Moral GV. Nuevas tendencias en el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía general y digestiva. *Cir Esp* 2009; 86(2): 63-71.

8. Torregrosa ZS, Bugedo TG. Medición del dolor. *Boletín de la Escuela de Medicina* 1994; 23(3).
9. Arbonés E, Montes A, Farriols M, Míñiguez S. Comisión para la evaluación y tratamiento del Dolor del Institut Municipal d' Assistència Sanitària. El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor* 2009; 16(6): 307-313.
10. Celis RE, Besso CJ, Cal RM, Carrillo CG, Cerraso CD, Jiménez EJC, Meza MJC, Muñoz M et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo del enfermo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Rev Med Intensiva* 2007; 31(8): 428-71.
11. Ruiz PF. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. *Oncología* 2005; 28(3): 139-14.