

Registros de Enfermería en la valoración del dolor en el Infarto Agudo de Miocardio

* Mención Especial en el XX Congreso de Enfermería en Cardiología

Autores

A.R. Alconero, S. Pérez, R. Fernández, J.M. Sola

Introducción

El patrón del dolor en el IAM (Infarto Agudo de Miocardio) es complejo y su variabilidad es amplia, debido a las dificultades en la valoración objetiva del dolor, donde pacientes con diagnóstico de IAM pueden no ser capaces de dar la información adecuada sobre su experiencia dolorosa (10).

A menudo, los pacientes en una Unidad Coronaria tienen dificultades para comunicar el dolor, agravándose por la ansiedad y el miedo. Es esencial una valoración correcta del mismo debido a que está demostrado que cuánto más dolor presenta el paciente mayor es la tasa de mortalidad y de complicaciones importantes, tales como FV, insuficiencia cardíaca, etc. durante la hospitalización (13).

Durante el proceso de valoración reúne la enfermera información del paciente que le permite conocer su experiencia y los efectos sobre su salud. La información obtenida guía a la enfermera en la planificación y evaluación de estrategias de cuidados. El dolor raramente es estático; por tanto su valoración no es puntual en el tiempo sino un proceso continuado, haciendo que la valoración del dolor sea el peldaño inicial de comprensión y obtención de los objetivos del paciente, en definitiva, para que proporcione alivio y prevenga las complicaciones, mejorando así su calidad de vida.

La mayor parte de la investigación sobre el dolor en la actualidad, se ha centrado en los paciente oncológicos y médico-quirúrgicos. Por ello queremos conocer las herramientas que disponemos las enfermeras para la valoración del dolor en el IAM, pues en otros tipos de dolor se utilizan sistemas de marcadores de tipo de escalas visuales, cuestionarios, listados sistematizados, etc. (8) En ocasiones, este paso crucial puede ser omitido o incompleto. Una vez que el

dolor se ha valorado de manera efectiva necesitaremos una guía de manejo dirigida por el médico de manera precoz para eliminar el dolor. Las enfermeras somos las responsables de evaluar y aliviar el dolor del paciente.

Por todo ello, realizar y registrar la valoración del dolor es un componente vital de cuidado del paciente con IAM, en UCI cardiológica, porque la comunicación de esta información a otros miembros del equipo multidisciplinar es necesaria para guiar las intervenciones de los cuidados (11).

El objetivo del estudio fue analizar los registros de enfermería en UCI cardiológica para conocer cómo valoran las enfermeras en sus anotaciones el dolor del paciente con IAM.

Material y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo de casos mediante la revisión de historias clínicas. La población estudiada la constituyen los pacientes ingresados en la UCI Coronarios del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), con diagnóstico médico al ingreso de IAM y Angina de Pecho Inestable. El periodo del estudio fue el comprendido entre diciembre de 1997 y diciembre de 1998.

De cada uno de los casos se documentaron las siguientes variables: demográficas (sexo, edad), y diagnóstico médico que justifica su

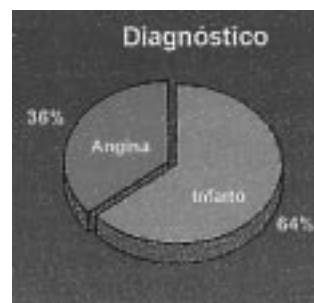


Fig. 1

DIAGNÓSTICO	MULIERES		HOMBRES	
	Casos	%	Casos	%
IAM (64%)	90	28%	76	24%
Angina de Pecho (36%)	18	6%	42	13%



Fig. 2



Fig. 3

ingreso en UCI. Además, de forma específica, ingreso, intensidad del dolor, localización inicial del síntoma, irradiación de dolor, registro de la duración, valoración del uso de la analgesia, interpretación del electrocardiograma y la valoración hemodinámica del paciente durante el episodio del dolor. Todos estos datos son referidos al ingreso y primeras horas de estancia en la Unidad y a los registros de la enfermera correspondiente al turno en el que se produce el ingreso.

Se ha realizado la revisión de las historias clínicas analizando de manera especial la documentación de enfermería: gráfica horaria de UCI y hoja de evolución de enfermería. Respecto a variables como la analgesia, hemodinámica y cambios electrocardiográficos se toma en



Fig. 4



Fig. 5

cuenta sólo lo registrados en la parte posterior a la evolución gráfica, y no las anotaciones como medicación administrada, ECG realizado o constantes apuntadas.

Los datos recogidos mediante la revisión de documentación clínica se evalúan con el paquete estadístico SPSPC.

—Limitación del método

Han quedado excluidos del estudio aquellos pacientes cuya documentación clínica (incluidos registros de enfermería) no estuvieron disponibles, así como las historias clínicas con datos insuficientes referentes a su ingreso y estancia en las primeras horas en UCI.

Se han desestimado también los pacientes con diagnóstico de ingreso de Parada Cardiorespiratoria (aun cuando en las primeras horas se diagnosticaron como IAM), y todos aquellos ingresaron con alteraciones importantes en su nivel de consciencia, haciendo por tanto imposible la comunicación con el personal de enfermería.

Resultados

La muestra la componen un total de 166 individuos, cuyas características demográficas exponemos: 118 casos son hombre (71%) y 48 mujeres (29%). La media de edad de la muestra es de 65'8 años, siendo la mayor en las mujeres (72'8 años) que en los hombres (62'9 años). Por grupos de edad el intervalo más representativo con 71 a 80 años (32%), si bien con escasa diferencia al representado por 61 a 70 años (29%). Se observa que los individuos mayores de 60 años constituyen el grupo más numerosos (71%).



El diagnóstico médico más habitual (Figura 1) que motivó el ingreso en la UCI cardiológica es el IAM (64%); de los cuales 76 son varones (media de edad 63'8 años) y 30 mujeres (media de edad más elevada: 75'3 años). Con Angina de Pecho Inestable constatamos 60 casos (36%), de ellos 42 eran hombres (media de edad de 61'3 años) y 18 mujeres (media de edad 68'8 años).

Con relación a cómo llegan los pacientes en la UCI cardiológica (Figura 2) se observó que el 50% de los pacientes lo hacen asintomáticos, sin que exista presencia de dolor anginoso. El resto (45%) llegaron con dolor, mientras que en el 5% de los casos no se realizó registro de enfermería sobre su estatus doloroso al ingreso.

En referencia al registro de la identidad del dolor (Figura 3), teniendo en cuenta ese 45% de pacientes que ingresaron con sintomatología dolorosa, el mayor porcentaje de casos se corresponde con aquellos que manifestaron presentar un dolor leve (29%), mientras que el dolor de moderado a intenso se da en el 17% de los casos. Atendiendo a los pacientes con sintomatología dolorosa, los registros de enfermería no recogen la intensidad del dolor en el 54%.

Según la documentación de enfermería, en el ingreso del paciente, irradiación del dolor (Figura n.º 4) se produce en el 37%, reflejándose con preferencia en el miembro superior izquierdo (15%) y en la espalda 13%). Sin embargo, en el 53% de los casos no se anota este parámetro en los registros de enfermería, siendo por ello su nivel de incumplimiento elevado.

La localización del dolor (Figura n.º5) más habitual, como cabía de esperar, es precordial (52%), y sólo es un porcentaje no significativo (4%) en el epigastrio, y siempre en mayores de 71 años. Quedan sin anotar los registros de enfermería el 44% de los casos.

La ausencia de registros relativos a la valoración de los cambios electrográficos mientras se produce el episodio del dolor, es muy significativa y sólo se realizan anotaciones en el 4% de los casos sobre el 45% que ingresaron con dolor.

Así mismo, son escasos los registros que realiza enfermería sobre la valoración de los cambios hemodinámicos durante los episodios de

dolor, ya sea mediante métodos directos (TA o pulso) e indirectos (sudoración, náuseas, pérdida de consciencia), llegando a ser un 94% de los casos en los que no se produce ningún tipo de registro sobre las alteraciones hemodinámicas que acompañan al dolor en el ingreso del paciente. Por el contrario, se observa un aumento del número de casos registrados (62%) —por encima de los parámetros analizados— cuando se comprueban anotaciones sobre la analgesia, la efectividad de los fármacos administrados y la existencia de efectos adversos.

Los registros de enfermería relativos a la duración del dolor y la constatación de la resolución de la sintomatología dolorosa presentan resultados semejantes, en torno al 50%.

En la figura n.º6 se muestran los porcentajes de los datos que quedan sin registrar.

Discusión de los resultados

- Coincidiendo con la bibliografía revisada las características demográficas de la muestra se corresponden con al epidemiología de los pacientes con isquemia coronaria. Se observa, por tanto, la incidencia de IAM y angina de pecho en edades inferiores en los hombres, mientras que en las mujeres la patología se presenta en menor proporción pero a edades más avanzadas. Los pacientes, que integran de forma más habitual la muestra del estudio, son varones diagnosticados de isquemia miocárdica, con edades entre 71 y 80 años, constituyendo el 31'1% de la muestra.
- Al analizar como llegan los pacientes a la UCI coronaria observamos —al contrario de lo que se suele considerar— que en la mitad de los casos (50'6%) ingresan sin sintomatología dolorosa. Probablemente, tras haber sido tratado el síntoma previamente en otras unidades (centros de salud, servicio de urgencias, unidad de hospitalización, etc.). Por ello, no puede considerarse el dolor precordial del paciente isquémico como un síntoma previsible y siempre presente. Es importante tener en cuenta que, en un buen número de enfermos, no va a aparecer el dolor en el momento del ingreso, y sin embargo, no por ello debe dejarse de realizar una adecuada valoración y registro de este importante síntoma. Más aún conociendo que aunque no esté presente en el ingreso pue-

de reaparecer en la evolución inmediata o tardía de la isquemia miocárdica, y su adecuado manejo, por parte de la enfermería, supondrá para el paciente coronario la garantía de unos cuidados de enfermería de calidad.

- La revisión que hemos realizado de los registros de enfermería nos proporciona resultados que indican, en general, una escasa cumplimentación de los mismos. Si exceptuamos los datos imprescindibles de filiación del paciente (edad, sexo, diagnóstico médico), y su estado en el momento del ingreso en la unidad coronaria, apreciamos que las anotaciones corresponden específicamente a la valoración del dolor, correspondientes al rol de enfermería que recibe al paciente, son bastante deficientes. Escasez de registros que se pone en evidencia en parámetros distintos e importantes. Así, la intensidad del dolor no se anota en un 54% de los casos, y cuando se hace, es poco significativo si se refiere a un dolor de intensidad elevada o moderada. Registro que estimamos trascendental, dado que serían enfermos que precisarían pautas analgésicas derivadas de esa valoración.
- En referencia a las características físicas del dolor anginoso (localización inicial y presencia de irradiación), la ausencia de su registro en la documentación clínica se observa en porcentajes significativos (44% y 53% respectivamente). A pesar de ello, en la práctica diaria, se puede observar en estos datos son valorados de forma habitual por la enfermera que interroga al paciente en el ingreso. Aunque no es frecuente la utilización de ayudas en la valoración, tales como cuestionario o escalas virtuales, tanto la localización del dolor como su irradiación son parámetros muy tenidos en cuenta dada su relevancia clínica. Aun así, el hecho bastante usual, según los resultados obtenidos, que se omita la información al escribir en la gráfica de evolución del paciente, hace que la valoración del dolor se pierda y no pueda ser utilizada por otros miembros del equipo, quiénes deberán volver a interrogar y valorar el paciente para obtener datos.
- Situación similar se nos presenta al analizar los porcentajes referido al registro de la valoración de las alteraciones electro-

cardiográficas y hemodinámicas durante el dolor anginoso. Enfermería valora continuamente el ECG de cada paciente, sobre todo si tenemos en cuenta que las UCI CARDIOLÓGICA están dotadas de equipos de monitorización centralizadas. Por esto llama la atención los bajos niveles de registro de ambos parámetros, que son con diferencia los que presentan mayores porcentajes (96'3% y 93'9% respectivamente) de ausencia de documentación.

- En otros casos, como el registro de la analgesia utilizada, vía, dosis y hora, las cifras indican que, si bien se anota su administración en el apartado de medicación de la gráfica, no es tan frecuente la correcta anotación sobre su efectividad terapéutica. Observación muy relacionada con otras variables como la duración del dolor y resolución del síntoma doloroso, probablemente debido a que ambos registros corresponden, en muchas ocasiones, con una misma anotación, en las que se especifica la duración en tiempo del dolor junto con las medidas terapéuticas utilizadas para aliviarlo y su eficacia.

En resumen, no puede considerarse que exista un correcto nivel en el registro de alguna de las variables consideradas en el estudio. Se observa un significativo incumplimiento de los registros de las actividades de enfermería, realizadas en cada uno de los ingresos a pacientes con diagnóstico de IAM-Angina de Pecho. Son embargo, se aprecian dos tendencias bien diferenciadas: una con registros casi completos, que incluyen la mayoría de los parámetros decisivos en la valoración del dolor; la segunda referida a registros caracterizados por la inexistencia de dichos parámetros, sin que priorice en los mismos la valoración del dolor y dejan constatación en sus anotaciones, mientras que encontramos otro grupo —desafortunadamente numeroso— de dichos profesionales, que valoran el síntoma doloroso, pero su valoración no queda reflejada en el registro de enfermería, por ende no puede ser utilizada por el resto del equipo frente al cuidado del paciente.

La valoración del dolor precordial y su documentación, son componentes vitales del cuidado de un paciente con IAM, porque las comunicaciones de esta información a otros miembros del equipo es necesaria para guiar las intervenciones de los cuidados. Además, el re-

gistro exacto y riguroso de los datos recopilados y observados, no sólo va a brindar información, respecto al estado del paciente, a todo el personal sanitario, sino que también tiene su utilidad en la satisfacción de los requerimientos éticos y legales, además de evaluar la calidad de los cuidados prestados por enfermería.

Conclusiones

- 1.—Enfermería valora la presencia del dolor, pero no llevamos a cabo unos registros de manera sistemática ni adecuada.
- 2.—Los registros de enfermería formalizan la valoración del dolor siendo esencial para proporcionar un cuidado individualizado, desde perspectivas legales, profesionales y éticas.
- 3.—Implantar en las unidades cardiológicas escalas o listados para cuantificar el dolor.

Agradecimientos

Agradecemos al Colegio de Enfermería de Cantabria el habernos prestado tanto sus medios materiales como humanos en la realización de este trabajo.

También queremos resaltar la colaboración del Servicio de Archivo y documentación Clínica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).

Por último no podemos olvidar la ayuda prestada por al Unidad Coronaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).

Bibliografía

1. MCCARFEY, M./ ALEXANDRA, B. "Dolor. Manual clínico para la práctica de Enfermería" Ed. Salvat, 1992. Cap. 1,2 y 3.
2. LONG, B.C. /PHILIPS, W.J. "Enfermería Médico-Quirúrgica". Ed. Interamericana, 2ª ed. 1992: 183-197.
3. GONZÁLEZ TROMPETA, A. (coord.) "Enfermería de Atención Especializada" ed. Olalla. Fundación para el desarrollo de la Enfermería, 1996; 611-619.
4. GRUPO DE TRABAJO EN MEDICINA DE URGENCIAS. "Manual de Urgencias para enfermería". Santander, 1991; 4: 186-200.
5. BORRERO BLANCO, B. /ALONSO FERNÁNDEZ, M. "Diferentes aspectos del dolor en el paciente cardiológico". Boletín de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 1999; 16: 12-16.
6. BROCKOPP, D / WARDEN, S. / COLCLOUGH, G. / BROCKOPP, G. "Dolor postoperatorio. Afrontar los hechos". Nursing, 1995; 35-36
7. GUTIERREZ DE TERAN, G. "Aspectos legales de los registros de Enfermería". Enfermería Clínica, 3 (1): 29-32.
8. HARO, S. / TORRES, J. / VELA, C. / NAVARRO, J. "Percepción del dolor en pacientes intervenidos en cirugía cardíaca". Enfermería Clínica 8, (2) 58-62
9. MIRACLE, V. "Valoración del dolor torácico". Nursing, 1995, 7.
10. MC CAFFERY, M. "¿Es fiable la valoración del dolor que hace el paciente?" Nursing, 1994; 71.
11. MC CORMICK, T. "Registre la intensidad del dolor". Nursing, 1989; 42-46.
12. O'CONNOR, L. "Pain assessment by patients and nurses, and nurse's note on it, in early acute myocardial infarction. Part 1" Intensive Critical Care Nursing, 1995, 11 (4): 183-91
13. PEDDLEY, H. "The nurse's role in pain assessment and management in a coronary care unit". Intensive Critical Care Nursing, 1996, 12 (5): 254-60.
14. SMITH, C. "Valoración del dolor torácico". Nursing, 1989; 36-43
15. WARNER, C.D. "Somatic awareness and coronary artery disease in women chest pain". Heart lung, 1995; 24 (6); 436-43.