

Manejo del dolor en la persona con trasplante renal hospitalizada

M^a Ángeles de Austria de Luque | Domingo Guillén Morilla |
María López Andreu | María Luisa Rivilla Cobo

INTRODUCCIÓN

El dolor se define como una experiencia sensorial o emocional desagradable resultante de un daño tisular real o potencial, y es el síntoma más frecuente y común que experimentan las personas a lo largo de su vida. Definiciones:

- El umbral del dolor es la cantidad de estímulo doloroso necesario para experimentar dolor, el cual puede verse alterado, como consecuencia del grado de conciencia de una persona.
- La tolerancia al dolor es la cantidad y duración máxima que una persona está dispuesta a soportar.
- La reacción al dolor es individual, diferente en cada persona y está condicionada por factores: fisiológicos, emocionales y culturales.

El dolor es una experiencia capaz de alterar las actividades de la vida diaria, aspectos como: actividad física, insomnio, ansiedad, contactos sociales, pueden verse alterados por el dolor. Además, supone un problema sociosanitario: bajas laborales, mala calidad de vida, coste sanitario, coste personal, familiar; especialmente en el dolor crónico.

El paciente y su familia deben ser educados en la importancia de manifestar el dolor para poder establecer un tratamiento y deben ser informados de las medidas disponibles para tratarlo.

Es recomendable la instauración de protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia médica disponible y mejorar la formación del personal sanitario en la evaluación y tratamiento del dolor.

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, duración, frecuencia, intensidad y factores desencadenantes. Observar, además, claves no verbales, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

El tratamiento del dolor puede incluir estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

» OBJETIVOS

» Objetivo general:

Dotar a las enfermeras y otros miembros del equipo de una herramienta basada en la evidencia que garantice conocimientos suficientes sobre el dolor, valoración, evaluación y que medidas farmacológicas y no farmacológicas utilizar para su control.

» Objetivos específicos:

- Prevenir el dolor.
- Disminuir el porcentaje de pacientes con dolor durante el ingreso.
- Concienciar a los profesionales sanitarios en la importancia de priorizar el alivio del dolor.
- Optimizar el manejo adecuado de analgesia.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- » Conocer el protocolo del dolor de la Unidad.
- » Conocer los fármacos utilizados contra el dolor, forma de presentación de cada uno, dosificación y forma de administración.

- Garantizar la asepsia tanto en la preparación como en la administración de la medicación.
- Conocer el uso, la indicación y la disponibilidad de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería en el control no farmacológico del dolor.
- Capacidad para instruir al paciente, familia y/o cuidadores en el uso y manejo de dispositivos y medicación contra el dolor.

▸ PERSONAL IMPLICADO

- Enfermera/o.
- Nefróloga/o.
- Supervisora de la Unidad.
- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y Celador.

▸ MATERIAL NECESARIO

- Escalas de valoración del dolor:
 - ▮ Escala Visual analógica (EVA).
 - ▮ Escala Verbal Numérica (EVN).
- Soporte para su registro (registro electrónico o en papel).
- Hoja de prescripción de medicamentos.
- Dispositivos para control no farmacológico (colchón antiescaras, camas articuladas, etc.).

▸ DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Compruebe la identidad del paciente de forma inequívoca.
2. Valore la aparición del dolor en los pacientes, mediante las escalas disponibles, numérico o analógica del dolor. La detección puede realizarse de forma sencilla, preguntando al paciente directamente si tiene dolor. En el caso de confirmar la presencia de dolor, se deberá realizar una valoración integral. Cuando valorar el dolor:
 - ▮ Al ingreso.
 - ▮ Al inicio del turno de trabajo.
 - ▮ Cuando el paciente y/o cuidador lo demande.
 - ▮ Después de un cambio en la situación clínica.

- ▮ Después de un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
 - ▮ Cuando el dolor no remita con las estrategias que previamente eran eficaces.
 - ▮ Reevalúe el dolor en pacientes con puntuación en la escala verbal numérica o en la escala visual analógica >3.
3. Realice una valoración integral del dolor en las personas a las que se les haya detectado la presencia de dolor o el riesgo de dolor utilizando un enfoque sistemático.
 4. Valore los siguientes parámetros:
 - ▮ Causa del dolor.
 - ▮ Tipo de dolor.
 - ▮ Localización de dolor.
 - ▮ Factores desencadenantes.
 - ▮ Irradiación del dolor.
 - ▮ Intensidad del dolor.
 - ▮ Efecto en la funcionalidad.
 - ▮ Frecuencia temporal (intermitente, continuo).
 - ▮ Medicación para el alivio del dolor y efectos adversos.
 5. Ayúdese de la información adicional de la familia y/o cuidador familiar, en aquellos casos en los que el paciente afectado no sea capaz de proporcionar la información requerida.
 6. Procure la aplicación de todas las medidas no farmacológicas de control del dolor disponibles en su unidad (**Anexo 1**).
 7. Prepare y administre la medicación específica, en caso de ser necesario, de acuerdo a las consideraciones descritas para cada medicamento en el **Anexo 2**.
 8. Registre en la historia del paciente la valoración del dolor y las medidas tomadas para su control.
 9. Reevalúe el grado de dolor de acuerdo al punto 2.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- El manejo oportuno y efectivo del dolor es una responsabilidad de los profesionales que trabajan en las Unidades de Nefrología.

La búsqueda dirigida, la apropiada evaluación y finalmente la terapia estandarizada y personalizada a la condición del enfermo, debe ser un estándar de cuidado.

- › El dolor se asocia con caídas. Por ejemplo, la rigidez de las rodillas y la menor fuerza muscular limitan las capacidades físicas de los pacientes y aumentan el riesgo de caída.
- › La investigación ha demostrado que el dolor persistente tiene efectos negativos en la salud mental, en su estado emocional y funcional.

› OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- › La comunicación verbal y escrita debe ser clara, breve y concreta.
- › Es clave que cuando los pacientes se trasladen de nivel asistencial, se realice una adecuada conciliación del tratamiento y proporcionar una información completa del tratamiento con analgésicos opioides a los siguientes profesionales que atienden al paciente, así como a los propios pacientes, para asegurar una adecuada continuidad del tratamiento.
- › Proporcionar información sobre el tratamiento que se haya prescrito a los pacientes o cuidadores y educarlos sobre su uso seguro. Es importante también advertir a los pacientes de los riesgos de conducir o manejar maquinaria peligrosa.
- › El Informe de Alta debe recoger de forma precisa, la información sobre dosis y frecuencia, medicación de rescate (si se precisa) y medidas de seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Boletín Terapéutico Andaluz: Dolor crónico no oncológico: tratamiento farmacológico. CADIME (Centro Andaluz De Información de Medicamentos) 2015 [consultado 18 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.cadime.es/bta/bta/381-dolor-cr%C3%B3nico-no-oncol%C3%B3gico-tratamiento-farmacol%C3%B3gico.html>
- Dolati S, Tarighat F, Pashazadeh F, Shahsavarinia K, Gholipouri S, Soleimanpour H. The Role of Opioids in Pain Management in Elderly Patients with Chronic Kidney Disease: A Review Article. *Anesth Pain Med.* 2020 Oct 20;10(5):e105754.
- Sánchez-Jiménez J, Tejedor-Varillas A, Carrascal-Garrido R. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP) Documento de consenso. SEMG, SEMFYC, SEMERGEN. 2017 [consultado 09 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
- Tawfic QA, Bellingham G. Postoperative pain management in patients with chronic kidney disease. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2015;31(1):6-13.
- Gibson SJ, Onder G, Katz B. Considerations in the management of pain in older persons. In: *Pain 2018: Refresher Courses, 17th World Congress on Pain.* Washington, D.C.: IASP Press, 2018.
- Valoración y manejo del dolor agudo en el paciente quirúrgico en hospitalización. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada 2022 [consultado 01 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria-en-huvn/archivos/publico/Protocolos/Protocolo%20Dolor%20quir%C3%BArquico%20en%20hospitalizaci%C3%B3n.pdf>

ANEXO 1. MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS DE CONTROL DEL DOLOR:

- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, distracción, terapia de juegos, aplicación de calor / frío etc.) antes, después y durante la actividad dolorosa, si fuera posible.
- Colocación de colchones antiescaras.
- Cambios posturales (necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor).
- Colaborar con el paciente, familiares y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor.
- Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados, que faciliten el alivio del dolor.

ANEXO 2. MEDIDAS FARMACOLÓGICAS DE CONTROL DEL DOLOR:

Intensidad

■ Dolor leve (escala analgésica EVN 1-3)

- Fármacos recomendados:
 - Analgésico no opioide.
 - + adyuvante Paracetamol, 500 a 1,000 mg cada 8 horas. No exceder 3 g/día (en pacientes de alto riesgo 2,6 g/día).
 - Metamizol, 575 (vía oral) a 2 g (intravenoso) cada 8 horas. No exceder 6 g/día.
- Consideraciones:
 - AINE: no se recomienda. De ser necesario sólo uso por períodos cortos con vigilancia estrecha (creatinina y potasio séricos).

■ Dolor moderado (escala analgésica EVN 4-6)

- Fármacos recomendados:
 - Analgésico no opioide (Paracetamol + Metamizol).
 - Opiode débil + adyuvante Tramadol 50 mg c/12 horas. Dosis máxima 200 mg/día en estadio 4 y 100 mg en estadio 5.
- Consideraciones:
 - Adyuvantes:
 - Paracetamol, permite ahorro de opioide del 30%.
 - Laxantes (estimulantes, emolientes u osmóticos, evitar formadores de bolo).
 - Antieméticos, uso con horario en pacientes sin antecedente de uso de opioides.

► **Dolor severo (escala analgésica EVN 7-10)**

■ **Fármacos recomendados:**

- Opiode potente + adyuvante.
- Petidina: 50 µg SC cada 4-6 horas. 100 a 300 µg en infusión continua para 24 horas.
- Morfina 1,25 a 2,5 mg cada 8 a 12 horas (sólo período corto). Revalorar la dosis cada 24 a 48 horas. Monitorizar efectos respiratorios y de SNC Morfina no es de primera elección, evitar su uso con Tasa de Filtrado Glomerular <30 ml/min. Se sugieren períodos cortos y vigilancia estrecha de efectos secundarios.

■ **Consideraciones:**

– **Adyuvantes:**

- Paracetamol, permite ahorro de opioide del 30%.
- Metamizol, 575 (vía oral) a 2 g (intravenoso) cada 8 horas.
- Laxantes (estimulantes, emolientes u osmóticos, evitar formadores de bolo). Antieméticos, uso con horario en pacientes sin antecedente de uso de opioides.