

PAPEL DE LA ENFERMERIA EN EL CONTROL DEL DOLOR EN HEMODIALISIS

Ruth Álvarez Oviedo, Carmen Blanco Suárez, M^a Jesús Barragán González, Azucena Pereda González, Rocío Coto Moreno, Ángeles Laviana Fernández, Patricia Esteban Hernández, Covadonga Díaz García, Gloria González Suárez, Beatriz Diez Ojea, Sixto Aguado Fernández, Manuel Ángel Alonso Álvarez

Hospital Valle del Nalón. Asturias

INTRODUCCIÓN

El dolor es un síntoma habitual en los pacientes sometidos a hemodiálisis que condiciona negativamente su calidad de vida.

La edad y comorbilidad asociada a la diálisis traen consigo síntomas de diversa naturaleza: patologías cardio-vasculares e isquémicas, neuropatías o enfermedades músculo-esqueléticas como la osteodistrofia renal, que suponen diferentes focos potenciales de dolor. Esta pluralidad de síntomas y patologías condicionan una intervención multidisciplinar para acometer el problema.

El dolor, que estuvo desatendido durante años en los diferentes ámbitos de la salud, está empezando a ser incorporado a las políticas de mejora de los hospitales con la creación de unidades específicas y en algunos casos estableciendo grupos focales de intervención: dolor postoperatorio, oncológico...

Durante el año 2006, se realizó en nuestra Unidad de Hemodiálisis, la encuesta de Salud percibida según el cuestionario SF-36, versión española 1,4(1999), que mostró en el "rol dolor" la mayor diferencia, con respecto a la población general, de todos los dominios estudiados. Por ello, en el último año se incorporó el dolor crónico en hemodiálisis como grupo de intervención en nuestro hospital.

OBJETIVO

Establecer el papel de la enfermería en la detección y control del dolor en los pacientes de hemodiálisis dentro del equipo multidisciplinar que debe abordar este problema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se organizó un equipo multidisciplinar: facultativo de nefrología, facultativo de la Unidad del dolor (UD) y personal de enfermería para detectar los pacientes con dolor y las características del mismo.

A todos los pacientes que se encontraban en hemodiálisis en el 2006 en nuestra unidad (fue excluido un paciente que no estaba en condiciones de responder) se les aplicó una encuesta de valoración del dolor, a cargo del personal de enfermería. La encuesta fue diseñada conjuntamente por el facultativo de la Unidad del dolor y el personal de enfermería e incluía datos demográficos y comorbilidad de los pacientes, las características del dolor, sus causas y tipo, y si era atribuido a la hemodiálisis. Se utilizaron dos escalas de valoración del dolor, la escala visual analógica (EVA) de 0-10 y la escala verbal de Keele que clasifica el dolor en: sin dolor, suave, moderado, intenso e insoportable. Por último se calculó el Índice de manejo del dolor (IMD) que se obtiene al restar la analgesia prescrita de la intensidad de dolor, clasificando la analgesia en 4 niveles (0: ausencia de analgesia, 1: analgésico no opioide, 2: opioide débil, 3: opioides potentes), y el dolor según la EVA (0: EVA 0 a 2,5, 1: EVA 2,6 a 5, 2: EVA 5,1 a 7,5, 3: EVA 7,6 a 10). Puntuaciones negativas y positivas en el IMD indicaban tratamiento inadecuado y puntuaciones 0 se consideraron tratamiento adecuado.

Posteriormente fueron evaluados individualmente por el facultativo de la UD que valoró el tipo de dolor, el nivel según la EVA, y el IMD. Los pacientes fueron clasificados y distribuidos en grupos según escala del dolor, tipo, utilización, respuesta analgésica, y actitud ante el tratamiento. Como resultado de esta valoración, se clasificó a los pacientes según su potencial intervención.

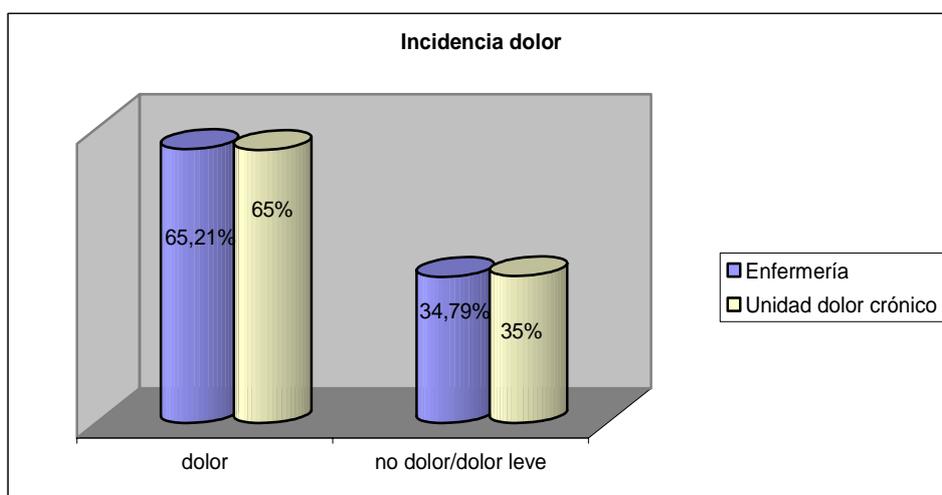
Se compararon los resultados obtenidos en ambos análisis mediante el estadístico de contraste χ^2 de Pearson, para comprobar la validez de la encuesta realizada por el personal de enfermería, como medio de cribaje de los pacientes en hemodiálisis con dolor subsidiarios de intervención.

RESULTADOS

Se analizan los resultados de la encuesta del dolor realizada por el personal de enfermería a todos los pacientes y la reevaluación por parte de la UD.

1. Incidencia del dolor:

Un 65% de nuestros pacientes afirmaron tener dolor moderado y un 35% refieren ausencia de dolor o tener un dolor leve. No se obtuvieron diferencias significativas entre los resultados de enfermería y de la UD ($p=0,98$).



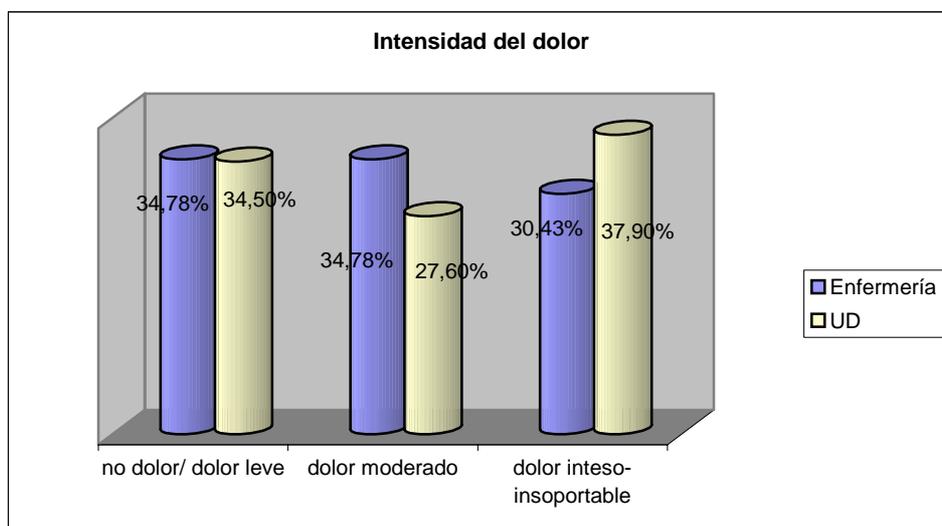
2. Intensidad del dolor:

Nivel 1 (ausencia de dolor o dolor leve): enfermería 34,78% y UD 34,50%.

Nivel 2 (dolor moderado): enfermería 34,78% y UD 27,60%.

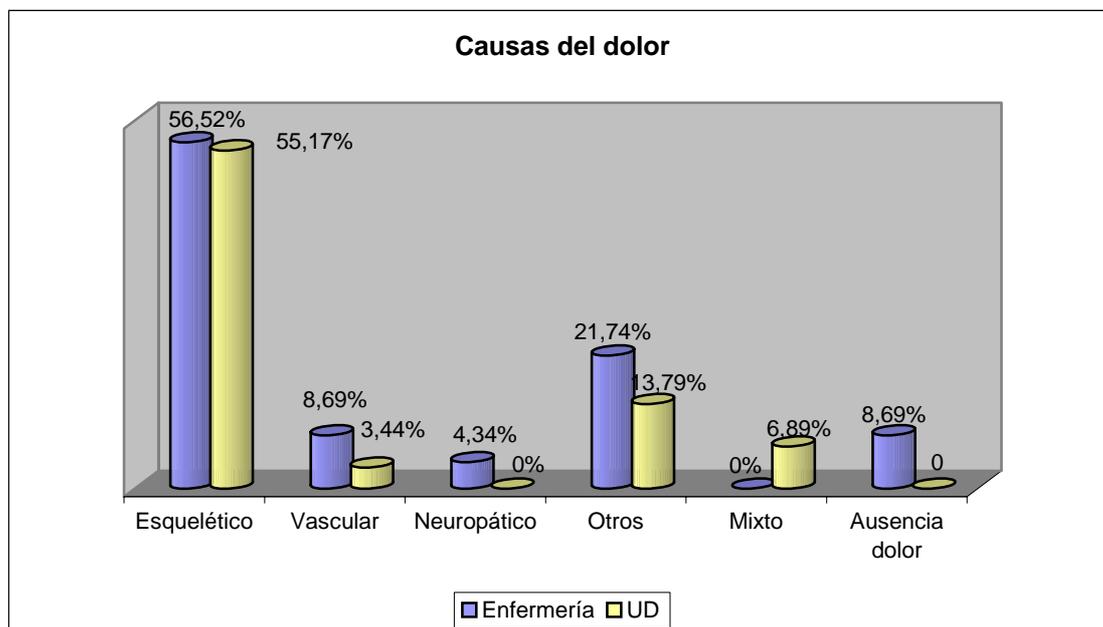
Nivel 3 (dolor intenso/ insoportable): enfermería 30,43% y UD 37,90%.

Las diferencias observadas entre los resultados de enfermería y UD tampoco fueron significativas ($p=0,63$).



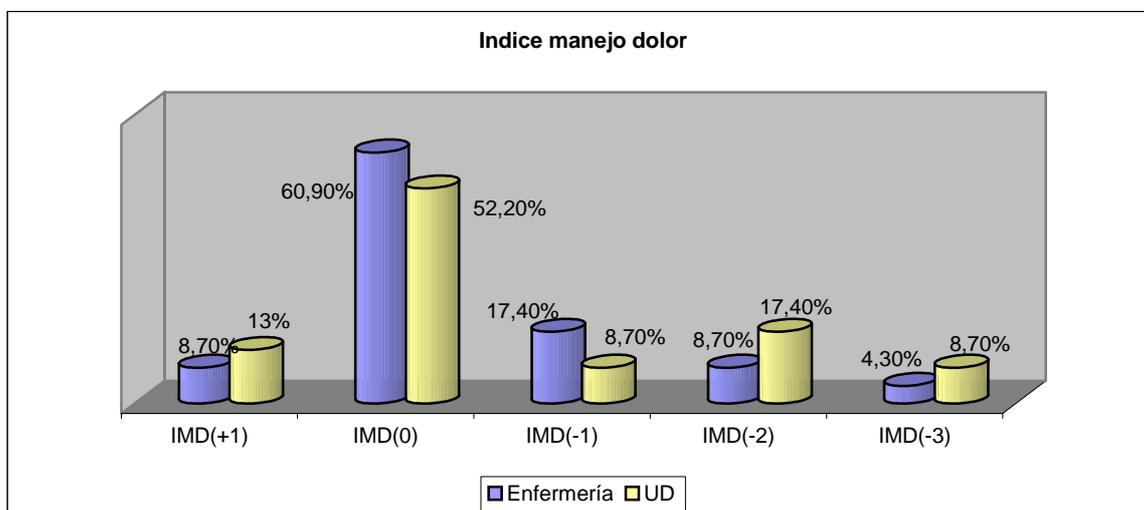
3. Causas del dolor

Se clasificó el dolor según su etiología. El tipo más frecuente de dolor resultó ser el músculo-esquelético (56,52% vs. 55,17%; $p=0,92$), para ambos grupos.

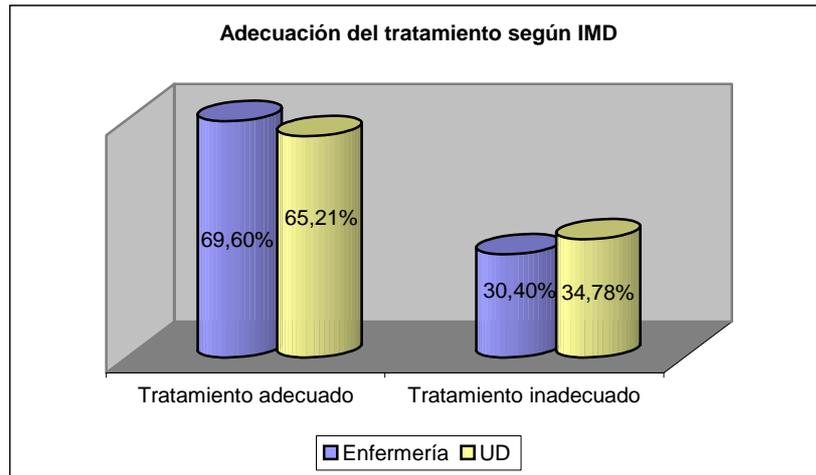


4. Manejo del dolor

Las discrepancias obtenidas para el IMD según la valoración de enfermería y la de UD, tampoco presentaron diferencias significativas ($p=0,73$).

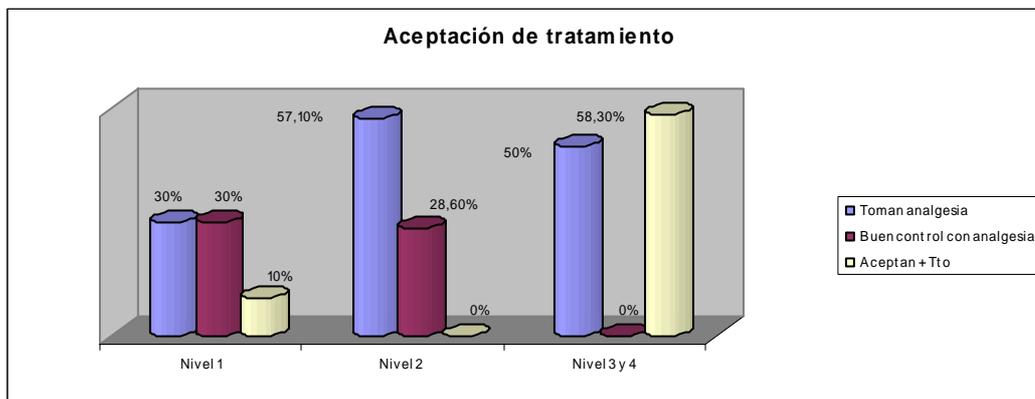


Se consideró tratamiento adecuado a los pacientes con IMD de 0, e inadecuado los índices positivos y negativos, es decir, los pacientes infratratados y aquellos con excesivo tratamiento. No se encontraron diferencias significativas entre ambas valoraciones ($p=0,75$).



5. Uso de analgésicos y aceptación por los pacientes de cambios terapéuticos o técnicas para control del dolor:

De cara a hacer una medida de intervención se valoró la disposición de los pacientes para adoptar distintas medidas terapéuticas, por parte de la UD.



Del 34,50% de pacientes con dolor nivel 1, el 30% toma algún tipo de analgesia; de este 30% que toma analgesia, el 30% tiene buen control del dolor y sólo el 10% de ellos estarían dispuestos a tomar más tratamiento.

Del 27% de pacientes que forman el nivel 2 del dolor, el 57,1% toma algún tipo de analgesia; de ellos sólo el 28,6% tienen buen control del dolor y ninguno aceptaría más tratamiento.

Del 37,90% de pacientes que forman el grupo del nivel 3 el dolor, el 50% sigue algún tratamiento analgésico; de éstos ninguno tiene buen control del dolor pero sólo el 58,3% estaría dispuesto a aceptar más tratamiento.

Si calculamos el % de pacientes con dolor que toman algún tipo de analgesia nos daría un 44,82%.

RESUMEN

1. El 65% de nuestros pacientes tienen dolor de moderado a insoportable.
2. La etiología del dolor es fundamentalmente (55,2%) músculo-esquelético, al igual que ocurre en la población de esa misma edad, agravado por la morbilidad que tienen asociados éstos pacientes.
3. Existe muy buena correlación entre la intensidad del dolor medida con dos escalas distintas por el personal de enfermería y el facultativo de la UD. No hay tan buena correlación con el IMD, ya que con éste índice se evalúa el grado de control del dolor en relación a la analgesia pautaada, siendo difícil establecer la adherencia real al tratamiento por parte de los pacientes.
4. Sólo el 45% de todos los pacientes con dolor reciben algún tratamiento analgésico y únicamente el 50% de los pacientes con dolor intenso- insoportable están con algún tipo de tratamiento analgésico.

5. En el 28,6% de los pacientes con dolor que reciben tratamiento, la analgesia es eficaz, pero en ninguno del nivel 3 y 4.
6. La mayoría de los pacientes rechazan recibir más tratamientos, destacando el 42% de los pacientes con dolor intenso- insoportable (nivel 3 y 4).

CONCLUSIONES

La encuesta del dolor realizada por el personal de enfermería es adecuada para la detección de pacientes con dolor. Deberá incluirse en la valoración de los pacientes cuando el dominio del confort se encuentre alterado.

El personal de enfermería puede, por medio de ella, estratificar a los pacientes con dolor según su intensidad de un modo fiable.

Dicho estadiaje nos ha permitido una articulación más eficaz de un grupo de trabajo multidisciplinar, diferenciando 4 grupos de pacientes sobre los que actuar:

- Grupo 1: pacientes incidentes en hemodiálisis, ó con dolor nivel 0 y 1, que serían controlados por enfermería.
- Grupo 2: pacientes con dolor nivel 2 y tratamiento farmacológico no opiáceo, que serían controlados por el equipo de la unidad.
- Grupo 3: los pacientes con dolor nivel 3 y 4 serían controlados en la UD.
- Grupo 4: los pacientes con patologías intercurrentes que necesitarían la intervención de otros servicios.