

CÓLICO RENAL EN URGENCIAS: CUIDADOS, ABORDAJE Y PREVENCIÓN DEL DOLOR

Autor principal:

MARÍA NOELIA
FERNÁNDEZ
DÍAZ

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos

Palabra clave 1:

Cólico renal

Palabra clave 2:

Urgencias

Palabra clave 3:

Seguridad del paciente

Palabra clave 4:

Atención de Enfermería

Resumen:**Objetivos:**

Conocer las causas, factores desencadenantes y cuidados de enfermería que precisan los pacientes con diagnóstico de cólico renal (CR).

Conocer las medidas de prevención adecuadas, para disminuir las crisis recidivantes de CR.

Método:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, mediante revisión de Historias Clínicas Electrónicas de 111 pacientes con diagnóstico de CR, en Octubre de 2015 en la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del HUCA.

Resultados:

De los 111 pacientes con diagnóstico de CR, el 66,7% fue clasificado con un nivel de prioridad II y III, correspondiéndose con un dolor moderado e intenso. El 87,39% precisó analgesia, siendo esta administrada antes de una hora al 56,76% y precisando un segundo analgésico un 46,85%. Se valoró y registro el dolor a la llegada del paciente en el 47,75% de los casos, tras la primera analgesia al 8,25%, tras la segunda analgesia al 13,46% y al alta al 5,41%. En cuanto a las recomendaciones al alta, el 68,47% hacía referencia a la ingesta de líquidos, un 24,32% a la dieta y un 89,19% a la analgesia, siendo el fármaco de elección el Enantyum.

Conclusiones:

El CR es una urgencia urológica y requiere un abordaje terapéutico y diagnóstico rápido debido al intenso dolor que produce. La incidencia de la litiasis renal está aumentando y las posibles causas son debidas a cambios en la dieta, los hábitos de vida y el calentamiento global. Por ello consideramos que la prevención constituye una herramienta fundamental en el manejo de pacientes con CR.

Antecedentes/Objetivos:

El CR comporta una de las formas más angustiantes de dolor en el ser humano, siendo causa habitual de consulta en los Servicios de Urgencias. Dependiendo del tamaño y la localización del cálculo, la expulsión puede demorarse desde horas a semanas, periodo en el que pueden producirse sucesivos episodios de dolor y es frecuente la recidiva tras el primer ataque(1).

Causas: Presenta un origen multifactorial, en el que participan factores físico-químicos, hidrodinámicos y anatómicos(6).

Factores de riesgo: Entre ellos encontramos(3): raza, nivel socioeconómico, factores medioambientales, medidas dietéticas, estasis urinaria, fármacos diuréticos, patologías digestivas y componente genético.

Tratamiento (ttº): Incluye analgesia, control de los síntomas acompañantes, ttº expulsivo y prevención de recaídas:

Farmacológico: La intensidad del dolor hace necesario iniciar el ttº analgésico antes de tener un diagnóstico definitivo siendo los antiinflamatorios no esteroideos el ttº de elección(32-41).

Hidratación: Evitar una excesiva sobrehidratación en la fase aguda(62).

Calor local: La aplicación de calor local ayuda a aliviar el dolor siendo útil como ttº en el cuadro agudo(66).

Medidas de higiene postural: Adoptar una postura cómoda y adecuada en la que el dolor sea menos intenso(67).

OBJETIVOS:

Conocer las causas, factores desencadenantes y cuidados de enfermería que precisan los pacientes con CR en el servicio de urgencias.

Conocer las medidas de prevención que ayuden a disminuir las crisis recidivantes

Descripción del problema - Material y método:

- Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas electrónicas de 111 pacientes con diagnóstico de CR, en Octubre de 2015, en la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias (UGCU) del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
- Revisión bibliográfica, de bases de datos (PubMed, SciELO, Biblioteca Cochrane Plus, Biblioteca Virtual en Salud.....) y revistas científicas. Tesoros: DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud). Otras herramientas: Google traductor.

Resultados y discusión:

De los 111 pacientes incluidos en el estudio, el 9% se le clasificó con un nivel de prioridad II, el 57,7% con nivel de prioridad III y el 33,3% con nivel de prioridad IV en base al sistema de clasificación Triage Manchester utilizado en nuestro servicio.

La franja horaria de mayor afluencia de pacientes con CR fue en turno de mañana (08:00-15:00h) con un 42,34%, seguida del turno de tarde (15:00-22:00h) con un 32,43% y del turno de noche (22:00-08:00h) con un 25,23%.

Al 52,25% no se le hizo valoración o registro del dolor a su llegada al área asistencial, dato que llama la atención si tenemos en cuenta que un 66,7% del total de pacientes fue clasificado con prioridad urgente y muy urgente, en los que la clasificación según la escala del dolor se corresponde con dolor moderado y severo.

El 87,39% precisó analgesia, siendo esta administrada antes de 30 minutos al 27,03% de los

pacientes, entre 30 minutos y 1 hora al 29,73%, entre 1-2 horas al 18,93% y entre 2-4 horas solo al 9,01%.

En el 91,75% de los casos no se hizo ningún tipo de valoración o registro del dolor que permitiera evaluar la efectividad de la analgesia administrada, precisando un segundo analgésico el 46,85%, y siendo este necesario, para el control del dolor antes de 30 minutos en el 7,21% de los pacientes, entre 30 minutos y 1 hora en el 9,91%, entre 1-2 horas en el 17,12% y entre 2-4 horas el 9,01%. Tras la administración del segundo analgésico continua sin haber valoración y registro de la efectividad de la analgesia en el 83,54% de los pacientes, dato que empeora en la valoración del dolor del paciente en el momento del alta, no encontrando ningún registro en el 94,59% de los casos. Solo 6 pacientes presentaba registro del dolor al alta, siendo uno de ellos dado de alta desde planta de hospitalización.

Teniendo en cuenta las recomendaciones reflejadas en el informe de alta los resultados fueron: abundante ingesta hídrica excepto durante los episodios de dolor al 68,47%, pero solo a tres pacientes se les indicó una ingesta de 2 a 3 litros/día, un 24,32% recibió indicaciones sobre la dieta, siendo estas poco específicas: régimen de vida y alimentación como venía haciendo, seguir las recomendaciones dietéticas que se le han indicado..., solo a un paciente se le pautó dieta líquida, a otro dieta blanda y a un tercero dieta sin grasa, sin sal y poca azúcar, al 4,50% se le recomendó reposo relativo, al 5,41% calor seco, al 0,90% baja laboral, al 0,90% observar características de la orina y al 0,90% vigilar fiebre y síntomas de alarma, al 89,19% se le pautó analgesia, siendo el fármaco de elección el Enantyum (50,45%), seguido de Buscapina Compositum (23,42%), Voltaren (16,22%), Nolotil (12,61%), Paracetamol (12,61%), Ibuprofeno (6,31%), Adolonta (6,31%).

CONCLUSIONES:

El CR requiere un abordaje terapéutico rápido debido al intenso dolor que produce y al deterioro de la función renal a que conduce, como muestra el estudio un elevado número de pacientes precisó intervenciones de enfermería siendo la administración de analgesia el cuidado más demandado.

Existen ciertas sustancias en la dieta que favorecen o inhiben la formación de cálculos renales, su modificación permitirá la prevención de recidivas, siendo un pilar fundamental en los cuidados nutricionales. En cuanto a los hábitos y estilos de vida, recordar que existen determinadas situaciones que predisponen a un mayor riesgo de padecer CR, como son llevar una vida sedentaria o actividades laborales desarrolladas en ambientes calurosos, por pérdidas de líquidos. Por lo tanto se aconseja realizar ejercicio físico regular y una ingesta adecuada de líquido diario para evitar la deshidratación.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

La incidencia de la litiasis renal está aumentando y las posibles causas que se tienen en cuenta para este aumento son: cambios en la dieta, los hábitos de vida y el calentamiento global.

En cuanto a la aportación del trabajo a la seguridad del paciente, y teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, destacar la importancia de la prevención en la aparición de nuevas exacerbaciones y episodios de CR. La entrega de una hoja de recomendaciones al alta que incluya, signos y síntomas de alarma, manejo farmacológico, dietético, hábitos de vida saludable y manejo del dolor, acompañada de educación sanitaria, constituye una herramienta adecuada de prevención.

En el momento actual, en la UGCU del HUCA no existe ningún protocolo de actuación estandarizado para el manejo de pacientes con CR, ni se dispone de hoja de recomendaciones al alta para entregar al paciente.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

En pacientes con CR, la intensidad del dolor en fases agudas, hace necesario que la atención inmediata se centre en el alivio del mismo. El dolor es subjetivo y es un síntoma que se presenta en diferentes patologías. En función del género y de la persona que lo padezca el umbral del dolor es diferente, por lo que su abordaje terapéutico será diferente. Sería interesante en futuras investigaciones determinar y estudiar los factores responsables de que la percepción del dolor sea diferente en función de la persona que lo padezca. Pudiendo así, unificar criterios de actuación y realizar un correcto abordaje y tratamiento.

Bibliografía:

? Cullen IM, Cafferty F, Oon SF, Manecksha R, Shields D, Grainger R, et al. Evaluation of suspected renal colic with noncontrast CT in the emergency department: a single institution study. J Endourol. 2008;22:2441-5.

? Gomez AE. Litiasis renal. Farmacia comunitaria (Internet). 2008 (citado 12 mar 2014);22(2): Disponible en:

<http://zl.elsevier.es/es/revista/-/articulo/litiasis-renal-13116003>

? Martínez R. Revisión del tratamiento farmacológico de la urolitiasis. FAP (Internet). 2012 (citado 12 mar 2014);10(1): Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/farmaceuticos-atencion-primaria-317/revision-tratamiento-farmacologico-urolitiasis-90143601-formacion-continuada-2012>

? Carter MR, Green BR. Renal calculi: emergency department diagnosis and treatment. Emerg Med Pract. 2011; 13(7):1-17.

? Chandhoke PS. Kidney Atones. Nursing. 2012;42(12):29.
