

Estudio y promoción de buenas prácticas para mejorar el abordaje del dolor en el Servicio de Urgencias

S. Lladó Salamanca, J. A. Rubiño Díaz, C. A. Pérez Galmes y M. Socias Moya

Servicio de Urgencias de Adultos. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Lladó Salamanca S, Rubiño Díaz JA, Pérez Galmes CA y Socias Moya M. Estudio y promoción de buenas prácticas para mejorar el abordaje del dolor en el Servicio de Urgencias. Rev Soc Esp Dolor 2016;23(6):275-279.

ABSTRACT

Objective: To study whether health professionals (doctors and nurses) assess and record the pain and make appropriate use of analgesia and moreover in the emergency department.

Material and methods: The sample consisted of 306 patients with acute and chronic pain worsened and 302 patients with traumatic and non-traumatic pain. A recording sheet which reflected different aspects of patients in relation to pain presenting, assessment and reassessment of the same, use of analgesia and location in the area of the Emergency Department was used. A posteriori data collection, activities to promote good pain assessment and use of analgesia were carried out by the medical staff. They held a meeting on issues related to pain assessment and appropriate use of analgesia. Also, cards, postcards and posters containing Visual Analog Scale (EVA) and the scale of analgesia of the World Health Organization (OMS).

Results and discussion: Acute pain was more evaluated in triage, in patient history and more reevaluated than chronic pain. Moreover, the non-traumatic pain is assessed less in triage, but not so in the evaluation of the patient's history and reassessment in relation to traumatic pain.

The pattern of analgesia was seen in all types of pain, although at a higher rate in acute and non-traumatic pain.

Furthermore, with regard to activities to promote pain assessment in the emergency room, a large group of professionals

attended the session and all health professionals were given a card, the ballots were placed in the workshops and posters were placed in each module of the Emergency Department.

Conclusion: It can be concluded that health professionals valued and recorded pain infrequently in the Emergency Department and the use of analgesia for patients with different types of pain could improve considerably. Besides the register number of the comments about the patients was appreciable to verify that with the results obtained it gave us important information to carry out activities that would make the professionals aware, take part and adopt a change in their attitude in relation to the objectives of this work.

Key words: Pain, professional, evaluation, analgesia, emergency.

RESUMEN

Objetivo: Estudiar si los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) evalúan y registran el dolor y hacen uso adecuado de la analgesia en el Servicio de Urgencias.

Material y métodos: La muestra estaba formada por 306 pacientes con dolor agudo y crónico agudizado y 302 pacientes con dolor traumático y no traumático. Se utilizó una hoja de registro que recogía diferentes aspectos de los pacientes en relación al dolor que presentaban, evaluación y reevaluación del mismo, uso de analgesia y ubicación en el área del Servicio de Urgencias. A posteriori a la recogida de datos, se llevaron a cabo actividades para fomentar la evaluación del dolor y buen uso de la analgesia por parte del personal sanitario. Se llevó a cabo una sesión sobre aspectos relacionados con el manejo del dolor. También se elaboraron y se entregaron tarjetas, tarjetones y carteles que contenían la Escala Visual Analógica (EVA) y la Escala de Analgesia de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Resultados y discusión: El dolor agudo fue más evaluado en triaje, en la historia del paciente y reevaluado más que el dolor crónico. Por otra parte, el dolor no traumático se evalúa

menos en triaje, pero no ocurre lo mismo en la evaluación en la historia del paciente y en la reevaluación en relación al dolor traumático.

La pauta de analgesia se consideraba en todos los tipos de dolor, aunque en mayor porcentaje en el dolor agudo y no traumático.

Además, en relación a las actividades para fomentar la evaluación del dolor en Urgencias, un gran grupo de profesionales acudieron a la sesión y a todos los profesionales sanitarios se les entregó una tarjeta. Los tarjetones se ubicaron en las mesas de trabajo y se colocaron carteles en cada módulo del servicio.

Conclusión: Se puede concluir que los profesionales sanitarios valoran y registran el dolor con muy poca frecuencia en el Servicio de Urgencias, así el uso de la analgesia para los pacientes con diferentes tipo de dolor podría mejorar considerablemente. Por otra parte, el número del registro de las observaciones de los pacientes fue considerable para constatar que con los resultados obtenidos nos proporcionaba información sustancial para llevar a cabo actividades que consiguieran que los profesionales tomaran consciencia, se involucraran y adoptaran un cambio de actitud en relación a los objetivos de este trabajo.

Palabras clave: Dolor, profesional, evaluación, analgesia, urgencias.

INTRODUCCIÓN

El dolor es uno de los problemas a los que el personal sanitario se enfrenta en los diferentes ámbitos de atención. Hoy en día, el dolor se aborda con indicaciones cada vez más precisas y de mayor eficacia en los resultados (1,2). Esto exige un alto nivel de preparación teórica y práctica por parte del grupo de profesionales que atienden a estos pacientes (1).

Actualmente el dolor tiene una relevancia muy importante a nivel sanitario, social y económico. Es un síntoma muy frecuente que lleva a consultar al médico, sobre todo a los Servicios de Urgencias, por tanto es una urgencia médica (3). El dolor es una experiencia subjetiva, difícil de medir y/o cuantificar y además está influenciada por la personalidad, cultura, familia, nivel socioeconómico y entorno social de la persona que lo padece. La descripción subjetiva del paciente es probablemente el mejor indicador del dolor, además de ser un complemento a cualquier método inductor de dolor. Por tanto, si un paciente dice tener dolor, debemos asumir que efectivamente lo tiene (4).

Podríamos obtener una información más objetiva a través de la observación de la conducta, respuestas autonómicas asociadas al dolor y determinaciones bioquímicas. Sin embargo, en la práctica clínica se usan diferentes escalas de medición: la Escala Descriptiva Simple (EDS), que representa el abordaje más básico, es inespecífica y no muy sensible (3,5), la Escala Numérica, también de elevado uso, (3,6) y la Escala Visual Analógica (EVA). Esta última es la más usada y trata de una línea en cuyos extremos aparecen

descriptores (“no dolor” y “el peor dolor imaginable”), sin ninguna otra descripción, donde el paciente debe señalar el punto que mejor refleje la intensidad del dolor que padece; después se anota la puntuación. Es un instrumento simple, sólido y sensible. Supone una inversión de tiempo relativamente corta y reproducible en el tiempo, es decir, podemos reevaluar el dolor del paciente en diferentes tiempos. Es de una sencillez elevada a la hora de su uso y comprensión por los pacientes. Sin embargo, es poco sensible en algunas variaciones y es unidimensional, sólo evalúa la intensidad del dolor.

En contraposición, existen otros métodos de valoración del dolor mucho más específicos, multidimensionales y con una descripción más completa del dolor; sin embargo, precisan de una inversión temporal bastante elevada de la que no disponen los Servicios de Urgencias. Destacan: el Cuestionario de dolor de Mc Gill (MPQ), la valoración psicológica del dolor, así como algunos inventarios estructurados del dolor, por ejemplo Phychosocial Pain Inventory, el Mc Gill Comprehensive Pain Questionnaire, Pain Profile, y algunas pruebas psicológicas objetivas [Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)] (3,7).

Se deberá monitorizar la experiencia dolorosa, deberemos registrar de forma clara y concisa con el fin de servir como futura guía de intervención a ese paciente. Registraremos fecha y hora, características del dolor, duración, intensidad, uso o no de analgesia, tipo y pauta, efectos secundarios de los analgésicos y otras técnicas analgésicas usadas. Por tanto, para conseguir una asistencia de calidad debemos medir, registrar y tratar el dolor (8).

La estrategia terapéutica se articula alrededor de la Escala Analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aplicable a cualquier tipo de dolor. Dicha escala se divide en tres peldaños relacionados con la intensidad del dolor (8,9). En el primer peldaño están los analgésicos no opioides aplicables a dolores leves-moderados (8,10,11). En el segundo escalón encontramos los analgésicos opioides débiles (10,12), se aplican en dolor moderado-intenso. El tercer escalón está compuesto por analgésicos opioides mayores aplicados a dolores muy intensos (10,13).

Hoy en día disponemos de una gran variedad de técnicas y fármacos analgésicos lo que, unido al mejor conocimiento de la fisiopatología y a la monitorización del dolor, nos permiten realizar un mejor tratamiento, más racional e individualizado (14).

El objetivo es estudiar si los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) evalúan y registran el dolor y hacen uso adecuado de la analgesia en el Servicio de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participaron 306 pacientes con dolor agudo y crónico agudizado y 302 pacientes con dolor traumático y no traumá-

tico, que acudieron al Servicio de Urgencias de Adultos del Hospital Universitario Son Espases. Se consideró a pacientes de ambos sexos y rango de edad de 15 a 90 años. Se realizó un estudio descriptivo transversal, donde se utilizó una hoja de registro elaborada por el grupo de investigadores (dos enfermeros y 2 médicos del Servicio de Urgencias), la cual recogía información relacionada con la edad, sexo, ubicación del paciente en el área de Urgencias (módulo E, módulo F y módulo G), tipo de dolor (agudo o crónico), localización del dolor, cómo era el dolor (traumático o no traumático), uso de la Escala Visual Analógica (EVA) para la valoración del dolor en triaje, historia clínica y reevaluación, uso de analgesia, rescate de analgesia y tiempo del paciente en Urgencias.

Tras la elaboración de la hoja de registro, los investigadores empezaron a recoger los datos de los pacientes desde la pantalla del ordenador a través del programa Millennium. Estos datos se recogieron puntualmente en diferentes horarios y días en septiembre de 2013.

Después de la recogida de datos de los pacientes, se llevaron a cabo distintas actividades para fomentar la valoración y registro del dolor en Urgencias. Las actividades hacían referencia a:

1. Sesión Docente en la que se hablaba de la importancia de evaluar y registrar el dolor, así como el uso de la Escala Visual Analógica y Escala de Analgesia.
2. Diseños de tarjetas, tarjetones y carteles: las tarjetas eran repartidas individualmente a los profesionales sanitarios explicándoles el uso de las mismas; los tarjetones eran ubicados en las mesas de trabajo en los diferentes módulos del área de Urgencias (E, F y G), y los carteles fueron colocados en los diferentes módulos (E, F y G), cerca de los puntos de trabajos de médicos y enfermeros.

Se llevó a cabo el análisis de los datos mediante los programas Microsoft Office (Excel) 2010 y IBM SPSS statistic 20.1. Ello conllevó un análisis descriptivo sobre las frecuencias de las observaciones registradas en EVA triaje, EVA historia, uso de analgesia y reevaluación, por tanto, se obtuvo el porcentaje de las observaciones.

RESULTADOS

La muestra se componía de 306 pacientes para dolor agudo y crónico agudizado y 302 pacientes para dolor traumático y no traumático.

Los gráficos representan los porcentajes de frecuencias de registro de las observaciones de los pacientes.

Se refleja cómo a los pacientes con dolor agudo la EVA se realizó en un 10,69 % en triaje y un 3,44 % en la historia; a los pacientes que acudían por dolor agudo se les administró analgesia en un 60,34 % y la reevaluación del dolor se llevó a cabo sólo en un 1,38 % (Figura 1).

Además, se representa que a los pacientes con dolor crónico la EVA no se realizaba en triaje ni en la historia. Por otra parte, a los pacientes que acudían por dolor crónico se les administró analgesia a un 56,25 % y no se realizó ninguna reevaluación (Figura 2).

Por otra parte, se representa que a los pacientes con dolor traumático, a un 19,35 % se le hizo la EVA en triaje, al 2,16 % se le hizo la EVA en historia, al 53,76 % se administró analgesia y la reevaluación sólo se realizó en un 1,07 % (Figura 3). Por último, se refleja que a los pacientes con dolor no traumático, en un 7,65 % se hizo la EVA en triaje, en un 3,34 % se hizo la EVA en historia, al 65,07 % se administró analgesia y la reevaluación sólo se realizó en un 1,43 % (Figura 4).

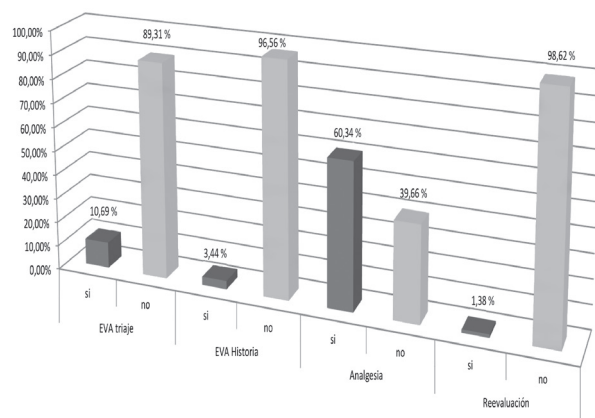


Fig. 1. Porcentajes de frecuencias en el registro de observaciones para el dolor agudo en EVA triaje, EVA historia, analgesia pautada y reevaluación del dolor (EVA: Escala Visual Analógica).

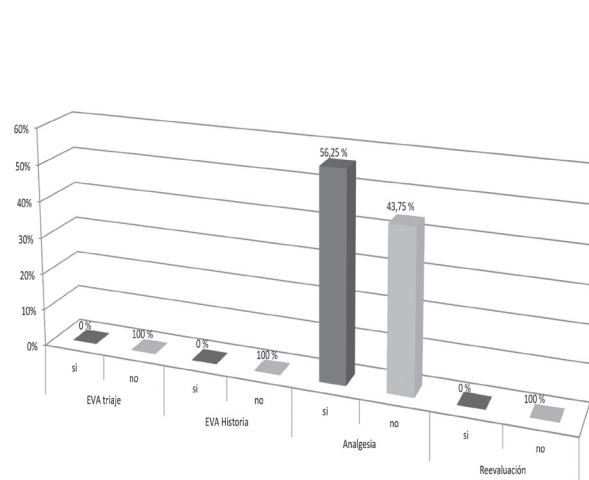


Fig. 2. Porcentajes de frecuencias en el registro de observaciones para el dolor crónico en EVA triaje, EVA historia, analgesia pautada y reevaluación del dolor (EVA: Escala de Evaluación Analógica).

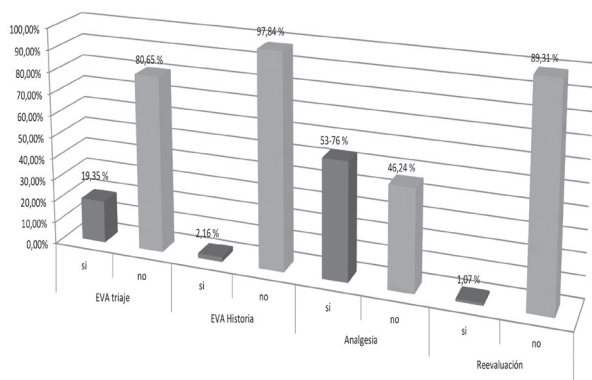


Fig. 3. Porcentajes de frecuencias en el registro de observaciones para el dolor traumático en EVA triaje, EVA historia, analgesia pautada y reevaluación del dolor (EVA: Escala Visual Analógica).

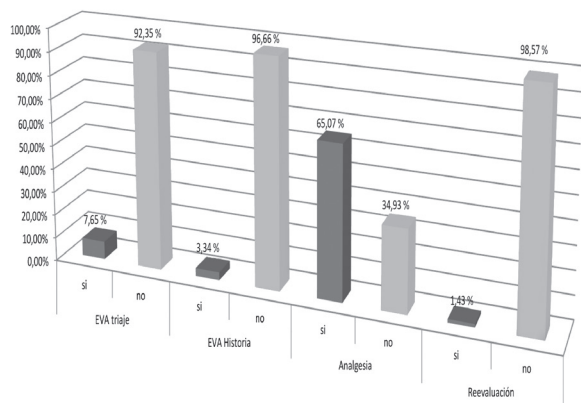


Fig. 4. Porcentajes de frecuencias en el registro de observaciones para el dolor no traumático en EVA triaje, EVA historia, analgesia pautada y reevaluación del dolor (EVA: Escala Visual Analógica).

DISCUSIÓN

El presente trabajo trataba de estudiar si los médicos y enfermeros evalúan y registran el dolor en el Servicio de Urgencias del hospital donde desempeñan su rol profesional. Se llevó a cabo debido a que, *a priori*, se detectó que era fundamental mejorar en aspectos relacionados con los pacientes que acudían por dolor. El dolor es uno de los síntomas que provoca mayor frecuencia de motivos de consulta en el Servicio de Urgencias, afectando de manera importante a la calidad de vida de las personas (3).

Por otra parte, el número del registro de las observaciones de los pacientes fue considerable para constatar que, con los resultados obtenidos, nos proporcionaba información sustan-

cial para llevar a cabo actividades que consiguieran que los profesionales tomaran consciencia, se involucraran y adoptaran un cambio de actitud en relación al objetivo de este trabajo. En el Servicio de Urgencias, aunque teníamos la herramienta idónea para llevar a cabo una buena valoración del dolor en triaje, se apreciaba a través de los resultados expuestos en las figuras que hacíamos poco o ningún uso de ella. Se valoraba el dolor de forma objetiva, a través de las constantes vitales, observación corporal y facial del paciente, postura adoptada, y de la expresión verbal del dolor que padecían los pacientes. Por tanto, se hacía evidente que no se registraba en la gráfica del dolor en triaje porque no se hacía uso de la EVA. La correcta valoración del dolor era muy importante, ya que podía modificar el nivel de triaje y, por tanto, era fundamental cuantificar y registrar el nivel de dolor (15,16). Así, existe un estudio con resultados similares a éstos donde el dolor era valorado en los pacientes, pero muy poco registrado según indican los resultados que se obtuvieron. Por otra parte, se ponía de manifiesto la baja utilización de tratamientos analgésicos, aunque el 50 % de los pacientes referían un nivel de dolor de moderado a intenso. Ni se evaluaba ni se registraba en su totalidad. No se reevaluaba su eficacia o se hacía en un porcentaje muy bajo (< 2 %), y si se hacía no se registraba, por tanto, no se podía llevar un seguimiento de la evolución del nivel de dolor del paciente, aunque sí de la frecuencia a través del registro de analgesia que se administraba (17).

Existen estudios en los cuales se describen ciertas similitudes con los resultados de este trabajo. Se preguntaba al paciente si tenía o no dolor en un 82 % de los casos, pero no se utilizaba ningún método de registro de forma habitual, aunque algunos profesionales sí realizaban un registro ocasional pero en un porcentaje bajo (38 %), aunque mayor en este trabajo con un 47 % de registro, en general. No existían protocolos terapéuticos de analgesia, como tampoco los hay en el Servicio de Urgencias (18).

Sin embargo, en otro artículo revisado se encontró una mayor concordancia con los datos de este estudio. Se pone de manifiesto que no hay ninguna valoración del dolor en pacientes con traumatismos en un 77 %, similar a los encontrados en este trabajo que ronda el 78 %. Además se administra analgesia a más de un 20 % de los pacientes sin ninguna valoración, por tanto tenían dolor pero no se cuantificó, mientras que el resultado del presente trabajo es del 53,76 % (19).

Otros estudios también han tratado de implementar actividades para unificar criterios y establecer protocolos en la valoración y registro del dolor, así como considerar normas estandarizadas relacionadas con el uso de la analgesia; por ejemplo, la creación de algunos comités interdisciplinarios en los programas institucionales para la mejora del manejo del dolor (18) y la realización de programas de capacitación para proporcionar herramientas a los profesionales para adquirir conocimientos y unificar criterios (20).

En relación a las limitaciones de este trabajo, se consideró que el registro de los pacientes se hizo en diferentes horarios del día y en días distintos, lo cual eliminaba determinados sesgos, pero sólo se llevó a cabo durante el mes de septiembre, sin tener en cuenta la incidencia de pacientes con dolor en otros meses del año. Además, la hoja de registro fue elaborada por los investigadores en relación a la estructura y funcionamiento del servicio, por tanto los resultados no se podían extrapolar a otros Servicios de Urgencias que tuvieran una estructura y organización diferentes. Por último, las actividades de promoción para mejorar el manejo del dolor permitían que los profesionales visualizaran esto como una necesidad, concienciando y sensibilizando. Pero estas actividades no garantizaban un cambio efectivo de actitud ante el dolor, puesto que no se midió.

Finalmente, cabría destacar con este trabajo la obtención de datos sobre la actitud de un grupo de profesionales (en un periodo determinado y en un servicio específico) ante la valoración y registro del dolor y uso de la analgesia, lo cual aportaba información relevante para constatar que era necesario un cambio, a través de actividades que fomentaran esto en el servicio y con ello mejorar la calidad asistencial a los pacientes con dolor.

CONCLUSIÓN

Con los resultados obtenidos se concluye que los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) valoran y registran el dolor con muy poca frecuencia en el Servicio de Urgencias del Hospital donde se ha llevado a cabo dicho estudio. Así, el uso de la analgesia para los pacientes con dolor podría mejorar considerablemente. Por otra parte, el llevar a cabo actividades de promoción para mejorar el abordaje del dolor es una actividad necesaria y crucial para que los profesionales tomaran consciencia de ello y, por tanto, ofrecer una atención de calidad.

CORRESPONDENCIA:
Sebastiana Lladó Salamanca
lladotani@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Gasull M. Dolor y sufrimiento. Aspectos éticos. *Rev Rol Enf* 2010; 33(7-8):522-6.
2. Matijuan M. El tratamiento del dolor y sus problemas éticos. EN: Couceiro A. (Ed) *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triacastela; 2004. p.127-41.
3. Imirizaldu M, Calvo JL. Prevalencia y valoración del dolor. *Rev Rol Enf* 2009;32(6):414-20.
4. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor (II). *Rev Soc Esp Dolor* 2002;9:109-21.
5. Keele KD. The pain chart. *Lancet* 1948;2:6-8.
6. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain* 1976;2:175-84.
7. Beecher HK. The measurement of pain. Prototype for the quantitative study of subjective responses. *Pharmacol Rev* 1957;9:59-209.
8. Pérez L. Tratamiento y control del dolor. *Rev Rol Enf* 2009;32(6):428-35.
9. Neo-Percodan. México. México edición 2004 [fecha de acceso 29/12/2008.]
10. Catalá E, Aliaga L. Manual de tratamiento del dolor. Barcelona: Permanyer; 2003.
11. Santol MR, Cabrera A, Dalmau A, et al. Protocolo de analgesia postoperatoria en CMA. Hospital Universitario de Bellvitge. Madrid: BMS; 2007.
12. Boureau F. Doleurs, aigues, douleus chronigies, soins palliatifs. *Medline*; 2001: 142-4.
13. Gálvez M. Manual de escalas y parámetros de valoración del dolor. Madrid: Adalia Farm; 2006.
14. Castro A. Mecanismos neurofisiológicos de la transmisión del dolor. *Rev Rol Enf* 2009;32(6):422-6.
15. Programa de ayuda al triaje (Consultado noviembre 2012). Disponible en: <http://www.triajeset.com/>.
16. Ortells N, Paguina M, Morató I. El nivel de triaje en urgencias cambia según la escala de valoración del dolor utilizada. *Emergencias* 2014;26:292-5.
17. García-Castrillo Riesgo L, Andrés Gómez M, Rubini Puig S, Juárez González R, Skaf Peters E, García Cases C. El dolor en procesos traumáticos agudos leves. *Emergencias* 2006;18:19-27.
18. Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor* 2008;15(2):75-82.
19. Espina Boixo MA, Rodrigo Díaz I, Bravo Romero FJ, García Lobato MR. El manejo del dolor en los pacientes traumatizados en emergencias. *Emergencias* 2004;16:80-4.
20. Burgos MG, Mur M, Ruiz A, et al. Intervención para mejorar la calidad en la valoración y manejo del dolor. *Horizon enferm* 2004;15:101-8.