

TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN

Título:

Manejo de dolor agudo en pacientes que consultan a urgencias de tercer nivel Manizales
noviembre 2022-enero 2023.

Autor:

Johana Carolina Oliveros Muñoz
Residente de Medicina de urgencias

Coautor:

Carlos Alberto Duque
Anestesiólogo

Asesor:

José Arnoby Chacón
MD, MSc, Esp. Microbiología Médica

Universidad de caldas

Facultad ciencias de salud

Especialización medicina de urgencias

Manizales

2023

TABLA DE CONTENIDO

1.INTRODUCCIÓN

2.JUSTIFICACIÓN

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

3.2. Objetivos específicos

4. METODOLOGÍA

5. CONSIDERACIONES ETICAS

6.RESULTADOS

7.DISCUSIÓN

8.LIMITACIONES

9.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

11.ANEXOS

1.INTRODUCCIÓN

En los servicios de Urgencias el dolor es la causa de consulta más frecuente y es así como algunos estudios muestran frecuencias hasta del 78% (1) (2,3). Durante los meses de agosto y septiembre del año 2022 se realizó la búsqueda en las bases de datos Pubmed, Lilacs, Scielo y los repositorios de algunas universidades, usando palabras clave como dolor, dolor agudo, oligoanalgesia, servicio de emergencias. Se priorizaron las publicaciones de los últimos 10 años, sin embargo, se incluyeron artículos desde el año 1987 hasta el 2021 en la lista de referencias. Se analizaron estudios comparativos, estudios observacionales y revisiones de literatura; se excluyeron los comentarios, los editoriales, así como los estudios publicados en otros idiomas distintos del inglés y el español.

Dentro de la revisión de literatura realizada no se encontraron datos frente al patrón de ocurrencia del dolor agudo en los servicios de urgencias de Colombia. Un estudio descriptivo realizado en la ciudad de Bogotá reporta una prevalencia para dolor en los pacientes hospitalizados del 67.5% (4) La última encuesta realizada en el 2014 por la ACED (Asociación Colombia para el Estudio del Dolor) reportó que el 76% de las personas encuestadas presentó algún tipo de dolor en los últimos seis meses (5)

Además de su alta frecuencia, diferentes reportes tomados de registros en Estados Unidos entre 1995-2005 muestran cómo hasta el 50% de estos pacientes se presentan al servicio de Urgencias con dolor de intensidad moderada a severa (6), sin embargo, los numerosos estudios revelan cómo el dolor, especialmente en los servicios de Urgencias, recibe un manejo inapropiado por parte del personal asistencial (7,8). La oligoanalgesia, término acuñado para hablar del subóptimo manejo del dolor; ha sido reportada en los servicios de urgencias desde hace más de tres décadas (2,9,10) principalmente para el manejo del dolor musculoesquelético o relacionado con trauma(2)(11). Diferentes revisiones y estudios observacionales han intentado relacionar aquellas barreras que llevan a oligoanalgesia, algunas de estas barreras son: la falla en el reconocimiento y documentación del dolor(12) (7), la ausencia de guías de manejo en la institución, el miedo al uso de opioides y la congestión de los servicios de urgencias (1,13–15)

Es importante también mencionar algunas condiciones inherentes a los pacientes las cuales se presentan como factores que impiden un manejo más eficiente del dolor en el servicio de urgencias; personas de comunidades negras, de edad avanzada o con demencia (16) (17,18)

Dado este panorama de oligoanalgesia han surgido indicadores que tratan de medir el manejo realizado en los servicios de Urgencias. En un registro realizado en 6 países de Europa y Australia se encontró que el tiempo promedio para administración de analgesia en los servicios de Urgencias era de 38.1 minutos para los países europeos y de 29.9 min para Australia (19), en algunos casos, aunque es identificado como un signo de alarma, no es tratado(20)Un estudio de prevalencia y tratamiento del dolor en los servicios de urgencias realizado en Estados Unidos durante los años 2000 a 2010 mostró que 40% de los pacientes reportaron dolor, pero solo 20% de los médicos lo había identificado como causa de consulta (21). En Colombia se presenta un panorama similar, un estudio observacional descriptivo de corte transversal realizado en el segundo semestre del 2013 encontró que el 23% de los pacientes que reportaban dolor no recibían ningún analgésico(4). Siendo así, la medición inapropiada del dolor o la completa ausencia de ella, una barrera para su manejo(22).

Como parte de la solución a esta barrera las escalas de medición surgen como una herramienta que permite al personal asistencial ser más conscientes del síntoma y su severidad (23–25).

Aunque existen estas escalas y su validación en los servicios de urgencias, en diferentes estudios observacionales se han documentado discrepancias entre la percepción del dolor documentada por el personal de enfermería que realiza el triaje y los pacientes (26); asimismo, entre los médicos y los pacientes, siendo significativamente más bajo el grado de dolor percibido por los médicos(27); adicionalmente, entre el personal sanitario existe también una pobre correlación a la hora de identificar el dolor, como fue demostrado en un hospital universitario de Colombia donde se realizó un estudio de revisión de historias clínicas encontrando que el puntaje promedio de dolor registrado en el grupo de médicos fue significativamente mayor (5.4/10) que el registrado en el grupo de enfermeros (3.5/10) ($p < 0.05$), con un coeficiente de correlación de 0.371 (IC95%: 0.138-0.563)(28). La identificación y medición del dolor se relacionan directamente a la prescripción y administración analgésica por lo cual, si es inapropiada, el tratamiento del dolor no será efectivo y puede explicar en parte el panorama de oligoanalgesia (12,13).

En la literatura se encuentran descritas algunas estrategias para enfrentar el panorama antes mencionado, por ejemplo, protocolos para la administración analgésica desde el primer contacto con personal de enfermería en triaje(25,29–31); y es así como un estudio transversal descriptivo que realizó mediciones en 348 pacientes mayores de 14 años que consultaron al servicio de urgencias, mostró cómo al aplicar un protocolo en donde el personal de enfermería tiene la

capacidad de prescribir manejo farmacológico o terapia térmica, el 80.17 % de los pacientes presentó mejoría en la percepción del dolor (32).

En nuestra región se ha abordado el tema de dolor con estudios epidemiológicos, se encontró por medio de una encuesta domiciliaria que la prevalencia de dolor crónico es de 33.9%, correspondiendo al tipo nociceptivo al 31.4% y al neuropático el 2.5%, en cuanto a la ubicación anatómica la cefalea ocupó una tercera parte de los encuestados(33); valores similares se reportaron en el estudio DOLCA donde se describió una prevalencia de dolor en el último mes de 50% y de dolor crónico (mayor de tres meses) de 31%, cabe destacar que en esta población 39% de las personas percibía poco interés del médico para el manejo del dolor(34).

En cuanto al dolor agudo se realizó un estudio descriptivo de casos incidentes durante 12 meses en el hospital de Caldas, de pacientes mayores de 64 años que consultaran por dolor abdominal agudo, dentro de los resultados encontraron que la principal causa de consulta fue la enfermedad del tracto biliar (22,5%), además se describe como hasta el 11% eran causas cardiovasculares(35).

A pesar de los diferentes esfuerzos por mejorar el manejo del dolor agudo en el servicio de urgencias este continúa siendo subóptimo (13,36), se requieren entonces estudios que permitan documentar en las diferentes instituciones las barreras asociadas a su manejo, medir los tiempos asociados a la atención y de esta manera crear estrategias específicas para la población que consulta y la dinámica de cada institución.

2.JUSTIFICACIÓN

El dolor ocupa una gran proporción de las consultas en los servicios de urgencias (2,6), por lo cual su abordaje apropiado permitirá abarcar más población, y mejorará la satisfacción de los pacientes. En relación con los costos y la proporción de personas afectadas, se ha descrito como un problema de salud pública (37,38) y se ha considerado que su adecuado manejo es un derecho fundamental(39). Se han descrito cambios fisiológicos en el sistema inmune, neuroendocrino, cardiovascular y hematológico que pueden empeorar el cuadro clínico del paciente si el dolor no se corrige a tiempo(40,41).

Es por ello, que se hace necesario un abordaje sistemático de los pacientes que consultan al servicio de urgencias con dolor agudo, en el cual se incluya la creación de guías que permitan la medición objetiva del dolor como un indicador de adecuado tratamiento (2,19,20,42,43)

Algunos estudios muestran cómo las intervenciones que llevan al personal asistencial a ser más conscientes frente al dolor del paciente-, realizando mediciones objetivas por medio de escalas puede aumentar la administración de analgésicos de un 40% a un 63%, sin diferencias estadísticamente significativas frente a las reacciones adversas causadas por los medicamentos(44); el auto reporte del dolor por parte de los pacientes debe considerarse la base del manejo del dolor agudo en los servicios de urgencias, todo esto de manera individualizada según sus características y patologías de base(20).

También la implementación de guías institucionales con el apoyo del personal asistencial de los servicios de urgencias y anestesiología ha permitido aumentar la probabilidad de que los pacientes que consultan por dolor reciban manejo analgésico(30).

Por su parte este tipo de estudios en los que se pretende medir de manera directa y prospectiva los tiempos y la efectividad del tratamiento del dolor agudo en los servicios de urgencias no se ha realizado previamente en la región.

Con la culminación del presente estudio se espera conocer, además de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, el tiempo que tarda la administración analgésica y si es efectiva para reducir el dolor agudo, lo cual permitirá identificar las barreras propias para el adecuado manejo del dolor en el servicio de urgencias de la institución, crear estrategias de manejo que podrían convertirse en un protocolo institucional y así contribuir con la mejor atención de los pacientes(30).

3 .OBJETIVOS

3.1 Objetivos General

Describir las características de los pacientes que consultan por dolor agudo al servicio de urgencias y el manejo que se realiza en una institución de tercer nivel de la ciudad de Manizales durante noviembre 2022 -enero 2023.

3.2 Objetivos específicos

-Identificar las características sociodemográficas de los pacientes mayores de 18 años que consultan por dolor agudo en el servicio de urgencias

-Describir las características clínicas de estos pacientes. (Signos vitales de ingreso, comorbilidades asociadas, clasificación de dolor)

-Determinar las características del dolor de los pacientes que consultan al servicio de urgencias por dolor agudo.

-Establecer la eficacia y la oportunidad del manejo analgésico según el tiempo que tarda su prescripción y aplicación, la valoración final de la escala de dolor y tipo de fármaco prescrito por el personal asistencial del servicio de urgencias.

4. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo. Con muestreo no probabilístico por conveniencia, tomado de forma prospectiva en una institución de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Manizales, durante un periodo de 2 meses. Dicha institución, mediante su comité de investigación, dieron aval del proyecto después de su presentación y sustentación.

Se tomaron como criterios de inclusión a las personas mayores de 18 años que presenten dolor de duración igual o menor de 6 semanas. Se excluyeron pacientes con discapacidad cognitiva, discapacidad auditiva, o con inestabilidad hemodinámica considerada por el médico tratante, alteración del estado de consciencia, casos de abuso sexual o violencia de género, pacientes con orden de hospitalización, pacientes observados >12 horas y los casos de consulta por dolor torácico de origen no traumático puesto que este tipo de síndromes ya cuentan con rutas específicas de manejo.

Inicialmente se realizaron varias reuniones informativas con el personal asistencial de la institución, solicitando el apoyo para diligenciar el registro de ingreso a triage, **ver anexo 1**, y la revaloración y registro de la escala de dolor al egreso de los pacientes. Se utilizaron apoyos didácticos para recordar al médico y los pacientes la realización de la revaloración en la escala del dolor, **ver anexo 2**.

De la historia clínica se tomaron los datos demográficos, la revaloración de la escala de dolor y el tiempo de administración de analgésicos. El residente y el médico general recolectaron los datos de la historia clínica, se realizó una base de datos en Excel en la cual se hizo el registro de la hora de aplicación de analgésicos tomado de la historia clínica en físico que se encuentra en los archivos de la institución.

La sistematización de la información se realizó en el programa SPSS versión 25[®], con la respectiva limpieza y depuración de los datos, posteriormente se llevó a cabo la primera etapa del análisis univariado de las variables categóricas y la magnitud de estas a través de la distribución de frecuencias absolutas y relativas.

Para la presentación de los datos se realizó una descripción de frecuencias con las variables sociodemográficas, las características clínicas y el tipo de fármacos utilizados. Los datos cualitativos se expresan como frecuencia y porcentaje.

Para las variables cuantitativas de escala numérica y tiempo de administración siendo estas unas variables de razón continua se describirán además de frecuencias, medidas de tendencia central como media aritmética. Para determinar la eficacia se tomó una reducción desde la escala numérica medida en triage igual o mayor a 2 puntos. El análisis bivariado se realizó mediante análisis de correlación cuando ambas variables fueron cuantitativas (valor en la escala numérica, tiempo de administración). Para las variables cualitativas se calculó el estadístico X^2 o la prueba exacta de Fisher según el número de participantes.

De la revisión de literatura se tomaron las variables a analizar, las cuales se consignaron en una tabla. **ver anexo 3.**

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigadora declara que está exenta de conflictos de intereses y que el presente estudio según el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 es una investigación sin riesgo ya que es de tipo descriptivo y no se realizó ningún tipo de intervención. Se atiende a los principios básicos de la bioética para la investigación en humanos, acorde al informe de Belmont, la UNESCO, beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y las políticas de ética, bioética e integridad de Colciencias. Se guarda confidencialidad de la identidad de los participantes. Se contó con el aval del comité de ética de la universidad de Caldas y el comité de ética de la institución de Salud.

7.RESULTADOS

Se recolectaron prospectivamente un total de 254 pacientes mayores de 18 años en los cuales se identificó desde el ingreso como causa de consulta el dolor abdominal agudo, sin embargo, 5 pacientes fueron excluidos acorde la aplicación de criterios de exclusión y 10 pacientes fueron excluidos por datos insuficientes que no permitieron identificar la historia clínica digital o física. Finalmente se obtuvieron 239 pacientes. **Ver figura 1.**

Figura 1. Diagrama de flujo de los pacientes inscritos en el estudio

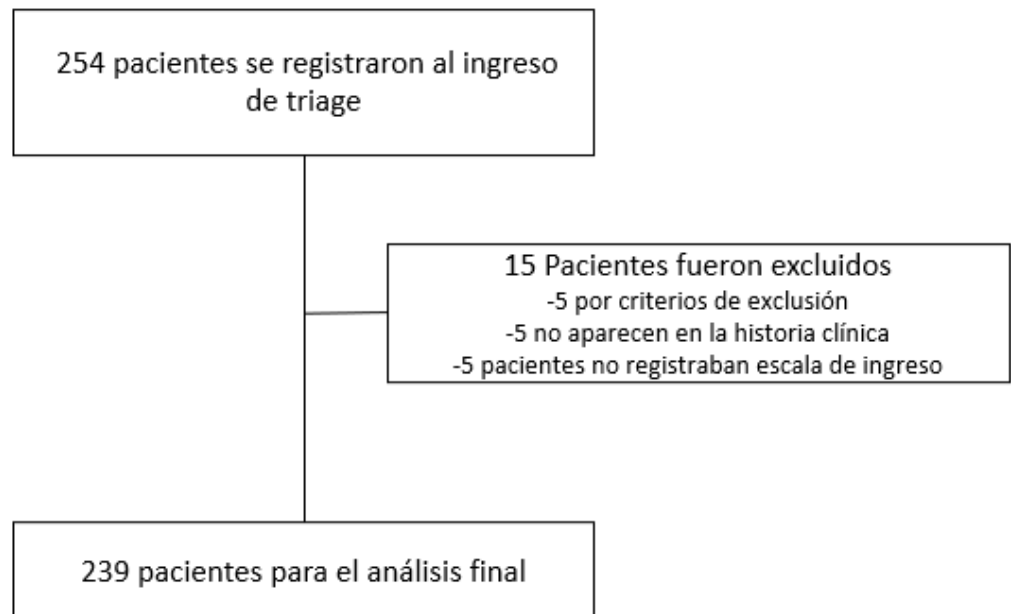


Tabla 1. Características demográficas y clínicas

Tabla 1. Características demográficas y clínicas					
Características	Hombres (n:89)		Mujeres (n:150)		Significancia estadística
	n	%	n	%	P
ORIGEN					
Traumático	35	39.33%	23	15.33%	0.001
No traumático	54	60.67%	127	84.67%	
LOCALIZACIÓN					
Abdomen	31	34.83%	71	47.33%	0.001
Musculoesquelético	47	52.81%	40	26.67%	
Cabeza	10	11.24%	35	23.33%	
Sin localizar	0	0.00%	3	2.00%	
Tórax	1	1.12%	1	0.67%	
NÚMERO DE ANALGÉSICOS					
Cero (0)	13	14.61%	22	14.67%	0.935
Uno (1)	39	43.82%	63	42.00%	
Dos (2)	29	32.58%	54	36.00%	
Tres (3)	8	8.99%	11	7.33%	
TIPO DE ANALGÉSICO					
acetaminofén	5	5.62%	11	7.33%	0.411
Opioides	38	42.70%	46	30.67%	0.041
AINES	61	68.54%	106	70.67%	0.419
Otros analgésicos	16	17.98%	40	26.67%	0.332
Sin analgesia	13	14.61%	22	14.67%	0.574
NÚMERO DE COMORBILIDADES					
Cero (0)	55	61.80%	63	42.00%	0.008
Uno (1)	29	32.58%	70	46.67%	
Dos (2)	2	2.25%	14	9.33%	
Tres (3)	3	3.37%	3	2.00%	
TIPO DE COMORBILIDAD					
Hipertensión	13	14.61%	26	17.33%	0.359
DM	4	4.49%	10	6.67%	0.489
EPOC	1	1.12%	1	0.67%	0.708
Cardiopatía isquémica	1	1.12%	1	0.67%	0.708
Otras comorbilidades	23	25.84%	69	46.00%	0.002
ESCALA DE DOLOR AL INGRESO					
Leve (de 0 a 3)	3	3.37%	4	2.67%	0.291

Moderado (de 4 a 7)	19	21.35%	46	30.67%	
Severo (de 8 a 10)	67	75.28%	100	66.67%	
FRECUENCIA CARDÍACA					
Bradicardia	9	10.11%	4	2.67%	0.049
Normal	71	79.78%	129	86.00%	
Taquicardia	9	10.11%	17	11.33%	
PRESIÓN ARTERIAL					
Elevada	12	13.48%	21	14.00%	0.224
Alta grado 1	36	40.45%	52	34.67%	
Alta grado 2	21	23.60%	29	19.33%	
Crisis hipertensiva	3	3.37%	2	1.33%	
Normal	10	11.24%	36	24.00%	
Hipotensión	7	7.87%	10	6.67%	

Se encontró un predominio de sexo femenino con un 62.8%, y una edad promedio de 42 años, con una desviación estándar (DE) de 16.5 años, un mínimo de 18 y un máximo de 87 años. No se encontraron diferencias significativas en la severidad de la escala de ingreso de dolor entre hombres y mujeres.

En este estudio, 38 pacientes fueron adultos mayores (>60 años). Se encontró una relación entre la edad de los pacientes y el número de comorbilidades. Además, en esta muestra, los pacientes presentaban menos comorbilidades cardiovasculares. Se encontró una relación significativa entre el número de comorbilidades, el número de analgésicos administrados ($p=0,019$) y el origen del dolor ($p=0,002$).

El análisis de los datos de los 239 pacientes que informaron dolor en el momento del triage (t0) reveló que 7 (2.93%) tenían dolor leve (0 a 3), 65 (27.2%) tenían dolor moderado (4 a 7), y 167 (69.87%) presentaron dolor severo (8 a 10). Del análisis de la presencia del origen del dolor el mayor número de ingresos se debió a eventos no traumáticos ($n=181$; 75.7%), y en cuanto a la localización, el dolor abdominal es el más prevalente ($n:102$; 42.7%). No se encontró relación entre el origen del dolor o la localización y la severidad de la escala de ingreso.

De los 239 pacientes, solo 204 recibieron analgesia, y 35 pacientes (14.6%) no recibieron ningún tipo de analgésico, de los cuales 17 presentaban dolor abdominal de origen no traumático.

Los médicos prescribieron en mayor proporción un solo analgésico desde el ingreso (42.7%). Los analgésicos más frecuentes fueron los AINES (69.9%), seguido por analgésicos opioides (35.1%). No se encontró relación entre la severidad de dolor al ingreso y el número de analgésicos prescritos.

De los 239 pacientes con registro de escala de dolor al ingreso, solo 81 recibieron revaloración y documentación de la escala de dolor posterior a la aplicación de analgésicos. Se valoró la respuesta a la terapia farmacológica, evaluada como una reducción del dolor de 2 o más puntos respecto a la escala de ingreso, el promedio del delta es de 4.25 puntos. Una reducción en la puntuación de la escala del dolor se produjo en 76 pacientes (93.8%), de estos (n:55; 67.9%) se consideró eficiente (reducción igual o mayor a 2 puntos). Existen diferencias entre el cambio en la escala de dolor y el número de analgésicos administrados ($p= 0.04$), también se encuentra mayor disminución del dolor entre los pacientes hipertensos ($p=0.02$)

El promedio del tiempo que se tarda desde la hora de ingreso a triage y la aplicación de medicamentos es de 56.43 minutos. No se encontraron diferencias entre el tiempo que tarda la aplicación de medicamentos y el sexo, origen, localización o severidad del dolor.

8. DISCUSIÓN

En el estudio realizado se encontró una mayor frecuencia del sexo femenino en los datos sociodemográfico, lo cual es similar a lo reportado en un centro de Estados Unidos donde el 58% de los pacientes eran mujeres(44). Por otro lado, en países de Europa como Turquía, se realizó un estudio multicéntrico en 10 unidades de emergencia donde el 50.4% de los pacientes eran mujeres(45). Algunos autores indican que las mujeres consultan con más frecuencia porque experimentan mayor severidad de dolor(46). Sería útil realizar revisiones sistémicas y metaanálisis que permitan identificar si existe alguna diferencia en la frecuencia de consultas por dolor entre hombres y mujeres según la ubicación geográfica.

En nuestro estudio, se reportó una prevalencia de dolor severo en 167 (69.87%) pacientes, lo cual es similar a un estudio prospectivo realizado en Italia en 732 pacientes que informaron dolor intenso en 449 (61,34%)(2). Es importante destacar que este estudio no permite reportar una frecuencia global de las consultas por dolor, ya que solo se tuvieron en cuenta los pacientes que consultan por este síntoma. Otros estudios, como el estudio prospectivo de 7 días realizado por Johnston y colaboradores, evaluaron la prevalencia e intensidad del dolor en dos centros de emergencias y reportaron una prevalencia entre adultos igual al 71%(3).

Además de la alta frecuencia de consultas por dolor, diferentes informes tomados de registros en Estados Unidos entre 1995-2005 muestran que hasta el 50% de estos pacientes se presentan al servicio de Urgencias con dolor de intensidad moderada a severa(6). La presencia de dolor moderado y severo en la población estudiada fue mucho mayor siendo hasta 92.5%.

La importancia de los estudios prospectivos como este se deriva de la incapacidad de los estudios retrospectivos para evaluar la gravedad del dolor o la respuesta a la terapia(9). También se han documentado discrepancias entre la percepción del dolor documentada por el personal de enfermería que realiza el triage, los médicos y los pacientes siendo significativamente más bajo el dolor percibido por el personal asistencial(23,24). Se destaca, por lo tanto, en este estudio el interrogatorio directo a los pacientes.

En nuestro estudio se utilizó una escala de evaluación por su simplicidad de aplicación, ya que son más fáciles de usar para la mayoría de las pacientes, usamos la Escala Numérica porque permite mejores análisis estadísticos y tiene mayor sensibilidad en los servicios de urgencias (47).

El uso de escalas de evaluación en ingreso a un servicio de urgencias y durante el curso de la terapia permite a los médicos monitorear mejor la situación y modular la analgesia, ofreciendo una mejora notable en el manejo del dolor(48), de 239 pacientes de los cuales se registró la escala de dolor al ingreso a triage, solo en 81 de estos se realizó revaloración y documentación de escala de dolor posterior a la aplicación de analgésicos, es por esto por lo que dentro de los alcances del estudio se realizará una nueva capacitación al personal asistencial sobre la evaluación y registro de la escala de dolor.

Un estudio prospectivo observacional reportó que el personal asistencial solo preguntó a 77% de los pacientes que consultaron al servicio de Urgencias durante un periodo de 20 días sobre si padecían dolor, encontrando como limitantes para el abordaje de este síntoma una presión arterial sistólica <100 mmHg o una saturación de oxígeno < 95%(7), el presente estudio no encontró relación entre variables fisiológicas y el manejo analgésico administrado. También se ha documentado la edad como una variable a la hora de determinar un manejo eficiente del dolor(16), nuestra población reportada son adultos jóvenes, siendo en total 201 pacientes menores de 60 años quienes presentan una baja prevalencia de enfermedades cardiovasculares , estos registros son similares a los reportados en países europeos(19), en nuestro estudio no se encontró relación entre la edad y la eficacia del manejo analgésico.

Según expertos los AINES deberían usarse de primera línea especialmente en casos de dolor inflamatorio o musculoesquelético, teniendo en cuenta el antecedente de enfermedades cardiovasculares(49). En este estudio se evidenció un manejo congruente con lo sugerido en la literatura.

El 85.4% de los pacientes recibieron manejo analgésico, es de destacar que es un reporte mayor al informado en la literatura donde más del 50% de los pacientes ingresados al servicio de urgencias no reciben manejo analgésico(2,9) incluso en nuestro país se reporta hasta un 23% de pacientes que no reciben analgesia(4).

A pesar de lo anterior también es importante resaltar que, dentro de la localización del dolor, el dolor abdominal es la causa más frecuente de consulta, esto es diferente a lo reportado en otros centros donde la cefalea es la primera causa de consulta(45). Pero el 49% de los pacientes con dolor abdominal no recibieron ningún tipo de analgésico a pesar de que el uso de analgésicos opioides en pacientes con dolor abdominal agudo no aumenta el riesgo de error diagnóstico ni el

riesgo de error en la toma de decisiones sobre el tratamiento(50). Por lo cual es importante fortalecer en la institución el manejo analgésico del dolor abdominal agudo.

No se documentaron pacientes que se quejaron de dolor al ingreso a triage y dejaron el servicio de urgencias antes de recibir atención por parte de un médico, es un hallazgo positivo puesto que en la literatura se reportan estos eventos desde el 6% hasta el 11.48%(2,51) .

Frente a la eficacia del manejo analgésico se encontró una reducción en la puntuación de la escala del dolor en 67.9% de los pacientes revalorados, esto es menor a lo encontrado en la literatura donde se reporta una disminución igual o mayor a 2 en 84% de los pacientes evaluados(2)

En cuanto a la oportunidad en el manejo analgésico el promedio de tiempo que se tarda desde la hora de ingreso a triage y la aplicación de medicamentos es de 56,43 minutos, más del doble de la recomendación del colegio americano de emergencias que es de 15 a 20 minutos(52).Esta recomendación no se cumple incluso en países de alto ingreso, es así como en un registro realizado en 6 países de Europa (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, España y Suecia) y Australia se encontró que el tiempo promedio para administración de analgesia en los servicios de Urgencias era de 38.1 minutos para los países europeos y de 29.9 min para Australia. Existe una gran variación entre los tiempos de administración analgésicos en los diferentes países(19).

}

9.LIMITACIONES

Este estudio tiene varias limitaciones, es un estudio de un solo centro, y una duración de 8 semanas que es poco tiempo para obtener una visión global del manejo del dolor en el servicio de urgencias, además no puede dar cuenta de la prevalencia global del dolor agudo puesto que no se tomaron todas las consultas al servicio de urgencias.

Otra limitación es el bajo número de pacientes de los cuales se registró el cambio en la escala de dolor, a pesar de que se realizaron varias reuniones educativas y se utilizó material didáctico en los consultorios.

También se encuentra como limitación la no inclusión de pacientes hospitalizados o aquellos observados por más de 12 horas. Para esto podrían realizarse estudios en mayor tiempo de seguimiento que permitan identificar las diferentes variables que intervienen en el manejo analgésico de los pacientes que ingresan en una institución de salud.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio describió las características demográficas y clínicas de los pacientes que ingresan con dolor agudo en una institución de tercer nivel de la ciudad de Manizales, donde se evidenció mayor prevalencia de dolor de origen no traumático, es una población joven, con pocas comorbilidades cardiovasculares. Los AINES son los analgésicos más utilizados independiente de la severidad del dolor al ingreso.

A pesar de la capacitación previa se registró una baja proporción de revaloraciones en cuanto a la efectividad del manejo analgésico. Se debe hacer un llamado al personal médico para describir al ingreso de las consultas y en la revaloración una escala de dolor que permita objetivar su manejo en el servicio de urgencias. A la institución se darán recomendaciones frente al tiempo que tarda en promedio la administración de analgésicos y la estandarización de una escala de dolor, siendo este un indicador muy importante de calidad.

Se recomienda la realización de nuevos estudios observacionales, con personal externo a la institución que lleve los registros de los diferentes tiempos y la revaloración analgésica, evitando así los sesgos de registro que se producen por la valoración posterior de historias clínicas.

Por ultimo se da un agradecimiento al personal asistencial de la clínica San Marcel quienes realizaron el registro de los pacientes que ingresaban al servicio de urgencias, además a las personas del archivo físico las cuales permitieron la revisión de historias clínicas y dieron un acompañamiento a la investigadora .

11.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pines JM, Hollander JE. Emergency Department Crowding Is Associated With Poor Care for Patients With Severe Pain. *Ann Emerg Med*. 2008 Jan 1;51(1):1–5.
2. Mura P, Serra E, Marinangeli F, Patti S, Musu M, Piras I, et al. Prospective study on prevalence, intensity, type, and therapy of acute pain in a second-level urban emergency department. *J Pain Res [Internet]*. 2017 Dec 12 [cited 2020 Sep 11];10:2781–8. Available from: [/pmc/articles/PMC5732548/?report=abstract](#)
3. Johnston CC, Gagnon AJ, Fullerton L, Common C, Ladores M, Forlini S, et al. ONE-WEEK SURVEY OF PAIN INTENSITY ON ADMISSION TO AND DISCHARGE FROM THE EMERGENCY DEPARTMENT: A PILOT STUDY. 1998.
4. Erazo MA, Pérez L, Colmenares CC, Álvarez H, Suárez I, Mendivelso F. Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados. *Revista de la Sociedad Espanola del Dolor*. 2015;22(6):241–8.
5. Guerrero Liñero AM, Gómez López MP. Prevalencia del dolor cronico en colombia.VIII Estudio Nacional de Dolor 2014. *Asociacion Colombiana de Neurologia [Internet]*. 2014 [cited 2020 Sep 11];1–44. Available from: <http://www.dolor.org.co/encuesta/VIII Estudio Prevalencia dolor cronico en colombia publicación página ACED 2014.pdf>
6. Nawar EW, Niska RW, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2005 emergency department summary. *Adv Data*. 2007;(386):1–32.
7. Dale J, Bjørnsen LP. Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2015 Oct 29;23(1).
8. Ibagón H, Erazo Muñoz M, Canizo Gutiérrez A, Torres HÁ, Peñuela Sánchez A, Cuervo JB, et al. Analgesic management protocol for patients with acute pain at clinica COLSANITAS. *RevMedicaSanitas*. 2018;21(1):26–38.
9. Wilson JE, Pendleton JM. Oligoanalgesia in the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*. 1989;7(6):620–3.
10. Fosnocht DE, Swanson ER, Barton ED. Changing attitudes about pain and pain control in emergency medicine. Vol. 23, *Emergency Medicine Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2005. p. 297–306.
11. Calil AM, Pimenta CADM, Birolini D. The “oligoanalgesia problem” in the emergency care. *Clinics [Internet]*. 2007 [cited 2020 Nov 4];62(5):591–8. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322007000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=en

12. Hämäläinen J, Kvist T, Kankkunen P. Acute Pain Assessment Inadequacy in the Emergency Department: Patients' Perspective. *J Patient Exp*. 2022 Jan 1;9.
13. Rupp T, Delaney KA. Inadequate Analgesia in Emergency Medicine [Internet]. Vol. 43, *Annals of Emergency Medicine*. Mosby Inc.; 2004 [cited 2020 Aug 19]. p. 494–503. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15039693/>
14. Motov SM, Khan ANGA. Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? [Internet]. Vol. 2, *Journal of Pain Research*. Dove Press; 2009 [cited 2020 Nov 4]. p. 5–11. Available from: </pmc/articles/PMC3004630/?report=abstract>
15. Guéant S, Taleb A, Borel-Kühner J, Cauterman M, Raphael M, Nathan G, et al. Quality of pain management in the emergency department: Results of a multicentre prospective study. *Eur J Anaesthesiol* [Internet]. 2011 Feb [cited 2021 Feb 4];28(2):97–105. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21119516/>
16. Hwang U, Platts-Mills TF. Acute Pain Management in Older Adults in the Emergency Department [Internet]. Vol. 29, *Clinics in Geriatric Medicine*. Clin Geriatr Med; 2013 [cited 2020 Nov 10]. p. 151–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23177605/>
17. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, et al. The unequal burden of pain: Confronting racial and ethnic disparities in pain [Internet]. Vol. 4, *Pain Medicine*. Oxford Academic; 2003 [cited 2020 Nov 18]. p. 277–94. Available from: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/4/3/277/1862837>
18. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc*. 2003;4(1):9–15.
19. Xia AD, Dickerson SL, Watson A, Nokela M, Colman S, Szende A. Evaluation of pain relief treatment and timelines in emergency care in six european countries and Australia. *Open Access Emergency Medicine* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 11];11:229–40. Available from: </pmc/articles/PMC6756271/?report=abstract>
20. Hachimi-Idrissi S, Coffey F, Hautz WE, Leach R, Sauter TC, Sforzi I, et al. Approaching acute pain in emergency settings: European Society for Emergency Medicine (EUSEM) guidelines—part 1: assessment. *Intern Emerg Med*. 2020 Oct 1;15(7):1125–39.
21. Chang HY, Daubresse M, Kruszewski SP, Alexander GC. Prevalence and treatment of pain in EDs in the United States, 2000 to 2010. *American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 19];32(5):421–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24560834/>
22. Robinson-Papp J, George MC, Dorfman D, Simpson DM. Barriers to Chronic Pain Measurement: A Qualitative Study of Patient Perspectives. *Pain Medicine (United States)*

[Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 11];16(7):1256–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25688752/>

23. Orr PM, Shank BC, Black AC. The Role of Pain Classification Systems in Pain Management. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2017 Dec 1;29(4):407–18.
24. Cakir U, Cete Y, Yigit O, Bozdemir MN. Improvement in physician pain perception with using pain scales. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery* [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2020 Nov 18];44(6):909–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29196785/>
25. Hatherley C, Jennings N, Cross R. Time to analgesia and pain score documentation best practice standards for the Emergency Department - A literature review. Vol. 19, *Australasian Emergency Nursing Journal*. Elsevier Ltd; 2016. p. 26–36.
26. Giusti GD, Reitano B, Gili A. Pain assessment in the emergency department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. an observational study. *Acta Biomedica* [Internet]. 2018 Apr 11 [cited 2020 Sep 12];89(4-S):64–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29644991/>
27. Sari O, Temiz C, Golcur M, Aydogan U, Tanoglu A, Ezgu MC, et al. Pain perception differences between patients and physicians: A pain severity study in patients with low back pain. *Turk Neurosurg*. 2015;25(3):461–8.
28. Moyano-Acevedo JR, Molina-Arteta BM, Matute-Gonzales E, Camargosánchez L. Differences in pain measurement between nurses and physicians in a teaching hospital. *Revista Facultad de Medicina*. 2020 Jan 1;68(1):9–13.
29. Sepahvand M, Gholami M, Hosseinabadi R, Beiranvand A. The Use of a Nurse-Initiated Pain Protocol in the Emergency Department for Patients with Musculoskeletal Injury: A Pre-Post Intervention Study. *Pain Management Nursing* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2020 Oct 28];20(6):639–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31103496/>
30. van Woerden G, van den Brand CL, den Hartog CF, Idenburg FJ, Grootendorst DC, van der Linden MC. Increased analgesia administration in emergency medicine after implementation of revised guidelines. *Int J Emerg Med* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2020 Nov 19];9(1):1–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26860533/>
31. Muscat C, Fey S, Lacan M, Morvan C, Belle L, Lesage P. Observational, Retrospective Evaluation of a New Nurse-Initiated Emergency Department Pain Management Protocol. *Pain Management Nursing*. 2021 Aug 1;22(4):485–9.
32. Gil JP, Muñoz FL, Ocejo RMC, Ferrera RC, Morizot G. Prevalence and therapeutic approach of acute pain in emergency provided by triage nursing. *Aquichan* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 12];19(4). Available from: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.4>
33. RicaRdo Díaz FM. Dolor crónico nociceptivo y neuropático en población adulta de Manizales (Colombia). *ActA Médica colombiana*. 2011;Vol. 36 n° 1.

34. Ricardo Diaz FMXS. Estudio epidemiológico del dolor crónico en Caldas, Colombia (Estudio DolCA). 2009;
35. Parra GS, Marulanda F, Santacoloma M, Osorio M, Chacón JA, Suzette G, et al. Trabajos originales. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2003;18(3):2003.
36. Fosnocht DE, Swanson ER, Barton ED. Changing attitudes about pain and pain control in emergency medicine [Internet]. Vol. 23, *Emergency Medicine Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2005 [cited 2020 Nov 18]. p. 297–306. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15829384/>
37. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The epidemiology and economic consequences of pain. In: *Mayo Clinic Proceedings* [Internet]. Elsevier Ltd; 2015 [cited 2020 Nov 18]. p. 139–47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25572198/>
38. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 [cited 2020 Nov 18];11:770. Available from: </pmc/articles/PMC3201926/?report=abstract>
39. Declaration of Montréal - IASP [Internet]. [cited 2020 Sep 11]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal?navItemNumber=582>
40. Bazargan-Hejazi Ahmadi, R M. Pain management in trauma: A review study. *J Inj Violence Res* [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 18];8(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27414816/>
41. Sigakis MJG, Bittner EA. Ten myths and misconceptions regarding pain management in the ICU. *Crit Care Med* [Internet]. 2015 [cited 2020 Nov 18];43(11):2468–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26308433/>
42. Stang AS, Hartling L, Fera C, Johnson D, Ali S. Quality indicators for the assessment and management of pain in the emergency department: A systematic review. *Pain Res Manag*. 2014 Nov 1;19(6):e179–90.
43. Lozner AW, Reisner A, Shear ML, Patel S, Connolly J, Shaltis P, et al. Pain severity is the key to emergency department patients' preferred frequency of pain assessment. *European Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2010 Feb [cited 2020 Sep 12];17(1):30–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19641465/>
44. Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel JC, et al. Oligoanalgesia in the Emergency Department: Short-Term Beneficial Effects of an Education Program on Acute Pain. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2007 Oct [cited 2020 Sep 12];50(4):462–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17445949/>
45. Cetin M, Kaya B, Kilic T, Hanoğlu N, Gökhan Ş, Eroğlu S, et al. Pain management practices in the emergency departments in Turkey. *Turk J Emerg Med*. 2021 Oct 1;21(4):189–97.
46. LeResche L. Defining gender disparities in pain management. Vol. 469, *Clinical Orthopaedics and Related Research*. Springer New York LLC; 2011. p. 1871–7.

47. Karcioğlu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? [Internet]. Vol. 36, American Journal of Emergency Medicine. W.B. Saunders; 2018 [cited 2020 Sep 12]. p. 707–14. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735675718300081>
48. Silka PA, Roth MM, Moreno G, Merrill L, Geiderman JM. Pain Scores Improve Analgesic Administration Patterns for Trauma Patients in the Emergency Department. Academic Emergency Medicine. 2004;11(3):264–70.
49. Motov SM, Vlasica K, Middlebrook I, Lapietra A. Pain management in the emergency department: a clinical review. Vol. 8, Clinical and Experimental Emergency Medicine. Korean Society of Emergency Medicine; 2021. p. 268–78.
50. Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2011 Jan 19 [cited 2023 Apr 23];(1). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005660.pub3/full>
51. Wheeler E, Hardie T, Klemm P, Akanji I, Schonewolf E, Scott J, et al. Level of pain and waiting time in the emergency department. Pain Management Nursing. 2010 Jun;11(2):108–14.
52. Management of Pain in Adults The College of Emergency Medicine Best Practice Guideline Management of Pain in Adults. 2014;

11. ANEXOS

Anexo 1

MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN PACIENTES QUE CONSULTAN A URGENCIAS DE TERCER NIVEL
MANIZALES NOVIEMBRE 2022-ENERO 2023.



Documento de identidad	Nombre	Escala numérica										
		Sin dolor					Dolor insostenible					
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 2

MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN PACIENTES QUE CONSULTAN A URGENCIAS
DE TERCER NIVEL MANIZALES NOVIEMBRE 2022-ENERO 2023.



Sin dolor o dolor leve		Escala numérica										Dolor insostenible	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

Siendo el cero la ausencia de dolor y 10 el peor dolor.
¿Cómo es su dolor en este momento?

Anexo 3

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Unidad de medida	Nivel de medición
Identificar las características sociodemográficas.	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Años reportados en historia clínica.		Años	Razón discreta.
	Sexo	Características fenotípicas externas.		Hombre Mujer		Categórica, nominal, dicotómica.
Describir las características clínicas.	Antecedentes patológicos.	Enfermedades padecidas por el paciente.	Antecedentes patológicos reportados en historia clínica.	Hipertensión		Categórica, nominal, politómica.
				DM		
				EPOC		
				Cardiopatía isquémica Otras comorbilidades		
	Signos vitales.	Medidas clínicas de características fisiológicas.	Identificación realizada por investigadora en la historia clínica.	Presión arterial diastólica	mm Hg.	Razón continua.
				Presión arterial sistólica		
	Etiología del dolor.	Causa del dolor .	Identificación realizada por investigadora en la historia clínica.	Traumático		Razón continua.
No traumático						
Ubicación anatómica.	Lugar del cuerpo donde se ubica la percepción de dolor.	Identificación realizada por investigadora en la historia clínica.	Abdomen		Razón continua.	
			Musculoesquelético			
			Cabeza			
			Tórax Sin localizar			
Determinar la intensidad del dolor al ingreso.	Escala numérica del dolor al ingreso.	Escala unidimensional para medición del dolor.	Registro realizado por personal asistencial en documento físico.		Escala de 0 a 10.	Ordinal.
Establecer la oportunidad en el manejo del dolor agudo de estos pacientes.	Tiempo de administración.	Diferencia numérica entre tiempo T1 y T0.		Tiempo	Minutos.	Nominal.
	T0: Hora de registro en triage.	Hora registrada en historia clínica.	Registro en historia clínica.	Tiempo	Minutos.	Nominal.
	T1: Hora de administración primer analgésico.	Hora registrada en historia clínica.	Registro en historia clínica.	Tiempo	Minutos.	Nominal.

Establecer la eficacia del manejo analgésico.	Escala numérica del dolor posterior al tratamiento.	Escala unidimensional para medición del dolor.	Registro realizado por personal médico asistencial al egreso del servicio de urgencias.		Escala de 0 a 10.	Ordinal.
Tipo de fármacos y la frecuencia de su uso.	Analgésicos.	Compuesto capaz de aliviar el dolor sin disminuir la consciencia.	Analgésico reportado en historia clínica.	Acetaminofén		Nominal.
				Opioides		
				AINES		
				Otros analgésicos		
	Sin analgésico					
Frecuencia.	Patrón de prescripción por personal asistencial.	Número de veces que se prescribe cada fármaco.		Número	Continua.	