

Prevalencia de dolor y manejo en la central de emergencias.

Prevalence of pain and management in emergency department.

Autores: Villa María Laura¹, Padilla Marlene², Mongelos Damazo³, Barrios María Rosa⁴, Grande Ratti María Florencia⁵, Torres Gómez Felipe⁶.

1: Médica Clínica. Central de Emergencias Médicas de Adultos. Hospital Italiano de Buenos Aires.

2: Médica Clínica. Central de Emergencias Médicas de Adultos. Hospital Italiano de Buenos Aires.

3: Licenciado en Enfermería. Especialista en triage. Central de Emergencias Médicas de Adulto. Hospital Italiano de Buenos Aires.

4: Licenciada en Enfermería. Central de Emergencias Médicas de Adultos. Hospital Italiano de Buenos Aires.

5: Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Magíster en Investigación Clínica. Área de Investigación en Medicina Interna. Hospital Italiano de Buenos Aires.

6: Médico clínico. Área de Investigación en Medicina Interna. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Contacto:

María Florencia Grande Ratti.

E-mail:

maria.grande @hospitalitaliano.org.ar

WEB:

<https://orcid.org/0000-0001-8622-8230>

Dirección: Juan D. Perón 4190 (C1181ACH) Buenos Aires, Argentina

Afiliación: Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Área de Investigación en Medicina Interna, 2do piso.

Teléfono: (5411) 4959-0200, interno 4419

Recibido: 28/01/2020

Aceptado: 04/04/2020

RESUMEN

OBJETIVOS: Estimar prevalencia de dolor como motivo de consulta en la Central de Emergencias de Adultos (CEA).

MATERIALES Y MÉTODOS: Corte transversal que incluyó consultas en la CEA del Hospital Italiano de Buenos Aires entre 2016-2017. Se consideraron casos aquellos con dolor según subconjunto terminológico en el motivo principal de la epícrisis. Se recolectaron variables desde bases de datos secundarias de alta calidad y a través de revisión manual.

RESULTADOS: La prevalencia fue 52%(196/373) con IC95% 47-57%. Los pacientes eran 68% de sexo femenino, con edad media de 51 años, y la mayoría se asignaron a áreas de baja complejidad para su atención. Casi el 20% (38/196) recibió algún tratamiento analgésico siendo la vía de administración más frecuente intravenosa (52%). El registro inicial de dolor ocurrió sólo un 12% por enfermería y en 83% por médicos.

CONCLUSIÓN: Se requiere mejorar el registro para garantizar valoración y manejo efectivo de dolor.

PALABRAS CLAVES: Manejo del dolor; Analgesia; Servicios Médicos de Urgencia.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate pain prevalence as a reason for consultation at Emergency Department (ED).

METHODS: Cross sectional with consultations admitted to ED of Hospital Italiano de Buenos Aires between 2016-2017. Cases were defined as those with a terminological subset according to the main reason. Variables were collected from secondary databases of high quality and manual review.

RESULTS: Prevalence was 52% (196/373) with 95%CI 47-57. Patients were 68% female, with a mean age of 51 years, and most were assigned to areas of low complexity for their attention. Almost 20% (38/196) received some analgesic treatment, being intravenous (52%) the most frequent route of administration. Initial recording of pain occurred only 12% by nurses and 83% by physicians.

CONCLUSION: Registration is required to improve for ensure effective assessment and management of pain.

KEYWORDS: Management pain; Analgesia; Emergency Medical Services.

INTRODUCCIÓN

El dolor no aliviado constituye un gran problema de salud pública [1] y un motivo de consulta frecuente en diferentes ámbitos de atención no programada. En el ámbito relacionado a los servicios de urgencias (que en el nuestro incluye turnos ambulatorios no programados de baja complejidad denominada demanda espontánea) el 42% de los pacientes acuden por dolor siendo el músculo-esquelético el más frecuente y de mayor intensidad [2]. En este contexto, el Manual de la Sociedad Española de Dolor sugiere que los pacientes con intensidad severa deberían recibir analgesia intravenosa en los primeros 20 minutos de su llegada y ser reevaluados a los 30 minutos posteriores de la primera dosis. Si bien, Fosnocht demostró que los pacientes tienen grandes expectativas de alivio y esperan que el sistema no demore más de 23 minutos desde su llegada [3]; Todd *et al.* demostraron que sólo el 60% recibieron analgésicos después de un tiempo de espera promedio de 90 minutos [4].

La documentación de la evaluación del dolor y el uso de las puntuaciones para su correcta clasificación al ingreso mejoraron después de una breve intervención educativa, pero esta acción no impactó en los tiempos de tratamiento [5]. Por ende, la oligoanalgesia es una problemática constante desde hace varias décadas debido a tratamientos escasamente efectivos [6–8] con un 74% de pacientes que son dados de alta con dolor moderado a severo [9].

Dada la importancia de esta temática, su elevada frecuencia según reportes bibliográficos y la escasa información en nuestro medio, este estudio se propuso estimar la prevalencia de dolor en la Central de Emergencias de Adultos (CEA) de un hospital universitario de alta complejidad en Argentina debido a que esta información podría permitir mejorar los procesos relacionados a garantizar la calidad de atención [10].

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio de corte transversal que incluyó una muestra aleatoria de 400 consultas correspondientes a pacientes adultos admitidos en la CEA entre 01/10/2016 y 30/09/2017 en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), Argentina.

El tamaño muestral se estimó utilizando el software *Power and Precision*, en base a la precisión: para una frecuencia esperada de 40% con una hemiamplitud de 5% y una confianza de 95% se estimó serían necesarias 290 consultas. El criterio de significancia alfa se ha establecido en 0,05 con prueba a dos colas que se amplió a 400 por eventuales errores o falta de datos. Se excluyeron las consultas no efectivas como fugas, canceladas/suspendidas, o no responde al llamado.

Para la estimación de prevalencia, la totalidad de consultas representaron el denominador, mientras que se definieron casos a los motivos de consulta con dolor (representando el numerador) según su correspondencia con subconjunto terminológico restringido (por ejemplo: abdomen agudo, cefalea, entre otros) en el campo “motivo principal” registrado en la epicrisis de

la historia clínica electrónica (HCE).

En cuanto al ámbito del estudio, la CEA del HIBA está constituida por cuatro áreas de atención, diferenciadas según la complejidad requerida para la atención de los pacientes. El área de atención del paciente es definida según la condición de éste al ingreso. Independientemente del modo de ingreso (ejemplos: deambulando por sus propios medios, silla o ambulancia), los pacientes son recibidos inicialmente por el personal de enfermería, entrenado en triaje [11], quienes realizan una valoración clínica rápida y un breve interrogatorio. Con esos datos, le asignan una categoría de urgencia (diferenciada por colores verde, amarillo o rojo) y el área de atención correspondiente para ser atendido: Cuidados Críticos (Área A), Cuidados Intermedios (Área B), Consultorios de moderada complejidad (Área C) o Consultorios de demanda espontánea o baja complejidad (Área D). La mayoría de las variables de este estudio fueron recolectadas desde bases secundarias de alta calidad correspondientes a la HCE. Mediante la revisión manual por investigadores se recolectaron las siguientes variables: tiempo de evolución de dolor, tipo de dolor, intensidad inicial y final, registro de dolor por parte de enfermería y médicos, y tipo de medicación indicada al alta.

Se definió tiempo de espera a aquel que transcurre entre que ingresa el paciente (o es anotado) hasta que es llamado para ser atendido; mientras que se definió tiempo de atención al que transcurre entre que es llamado para ser atendido hasta que se resuelve la consulta (cierre de episodio en emergencias con respectivos registros almacenados con detalle como Fecha Hora).

En el contexto de la acreditación de la institución por la Joint Commission se actualizó una Norma Institucional que propone que todos los pacientes reciban el mejor nivel posible de ayuda para manejar el dolor a lo largo de todo el proceso de atención y contribuir a que el dolor sea identificado, evaluado y manejado correctamente. En este contexto, para favorecer el registro, la evaluación y el seguimiento se creó un módulo en la HCE (**Figura 1**), que utiliza la escala numérica de dolor con valores posibles entre 0 y 10.

Figura 1. Ficha de valoración (escala numérica) de dolor en Historia Clínica Electrónica.

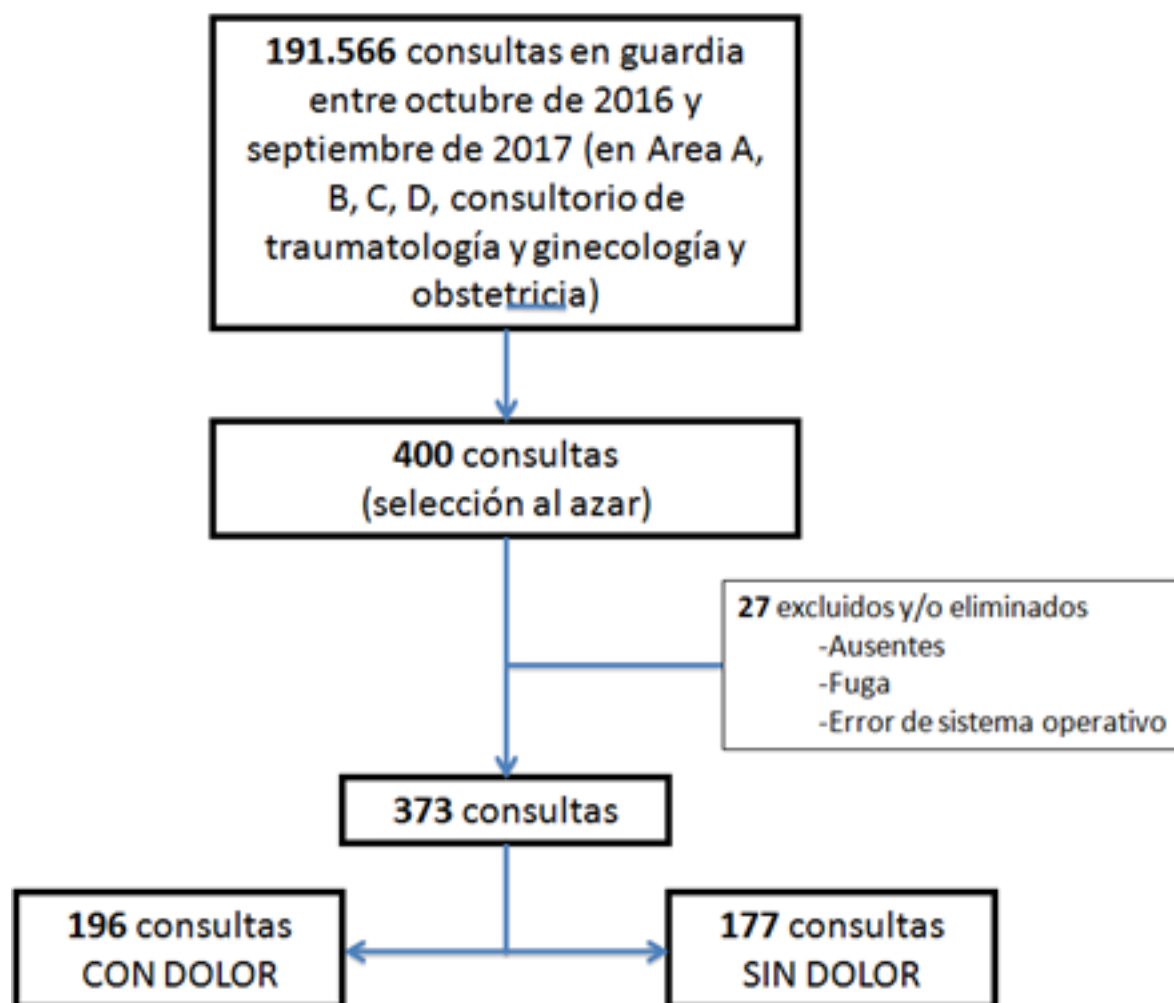


Figura 2. Flujograma de pacientes incluidos.

Este estudio observacional y descriptivo, que utiliza bases de datos secundarias, se llevó a cabo en total acuerdo con la normativa ética nacional e internacional y todos los datos fueron tratados con máxima confidencialidad. El protocolo fue aprobado por el comité de ética CEPI (con número de aprobación 3423).

Se presentan las variables cuantitativas de acuerdo a distribución observada como media y desvío estándar (DS) o mediana y rango intercuartil (RIC) o percentilos 25-75. Se presentan las variables categóricas como frecuencia absoluta y frecuencia relativa (porcentaje). Las prevalencias se presentan con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%), estimados utilizando la aproximación normal.

RESULTADOS

Se seleccionaron 400 consultas aleatorias, restando un total de 373 para el análisis (Figura 2). La prevalencia de consultas por dolor resultó en 52,54% (196/373) con IC95% 47,34-57,71.

Del subgrupo que consultó por dolor, los pacientes eran 68,37%(134) de sexo femenino, con una edad media de 51-87 años (DS 20,27), con mediana de tiempo de espera de 35 minutos (RIC 14-67) e internación como condición al alta sólo del 8,04%(30). La

mayoría de ellos fueron atendidos en áreas de baja complejidad (86,33% entre áreas C y D) con manejo y seguimiento ambulatorio posterior al alta. Según la clasificación de dolor, el 86,22%(169) presentaron dolor agudo (<=3 meses de evolución) y el 84% presentaron dolor de tipo nociceptivo.

En cuanto al registro inicial de dolor en la HCE por parte de médicos estuvo reportado en el 83,67%(164) y el 13,27%(26) tenía registrado re-valoración pre alta. Sin embargo, el detalle sobre la intensidad al ingreso resultó sin registro en el 78,06%(153), y sin registro en el 91,33%(179) para la intensidad pre egreso.

En cuanto al tratamiento recibido en guardia, solo 38 pacientes recibieron algún analgésico (19,38%), siendo los más utilizados: ketorolac (39%), dexametasona (31%) y paracetamol (26%). La vía de administración más frecuente fue endovenosa con 52,63% (20).

El tiempo de espera promedio para recibir el tratamiento fue 1 hora (46 minutos hasta la indicación y 16 minutos adicionales hasta la administración efectiva). La prescripción de analgesia post alta fue del 45,41%(89). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con motivos de consultas con dolor en comparación con los pacientes que consultaron por otros motivos no relacionados al dolor (ver Tabla 1).

Tabla 1. Comparación entre población que consulta por dolor u otro motivo.

Sexo femenino	68,37% (134)	64,41% (114)	0,418
Edad, en años *	51,87 (DS 20,27)	53,54 (DS 21,59)	0,440
Motivo de consulta clínico quirúrgico traumatológico gineco/obstétrico oftalmológico psiquiátrico	73,98% (145) 1,02% (2) 18,37% (36) 6,12% (12) 0,51% (1) -	84,75% (150) 3,95% (7) 3,39% (6) 3,95% (7) 3,39% (6) 0,56% (1)	0,000
Área de atención A B C D Obstetricia	3,57% (7) 4,08% (8) 22,45% (44) 63,78% (125) 6,12% (12)	3,95% (7) 4,52% (8) 29,94% (53) 56,50% (100) 5,08% (9)	0,544
Tiempo de demora, en minutos +	31 (15-59)	38 (13-75)	0,362
Tiempo de atención, en minutos +	53,50 (14-159)	37 (13-125)	0,387
Condición al alta A domicilio Internación domiciliaria Contra opinión Fuga Internación	91,84% (180) 0,51% (1) 0,51% (1) -- 7,14% (14)	84,75% (150) 4,52% (8) 0,56% (1) 1,13% (2) 9,04% (16)	0,053
*Media(desvío estándar) +Mediana (percentil 25 - percentil 75)			

DISCUSIÓN

La prevalencia global de dolor como motivo de consulta en CEA resultó elevada (52%) y similar a otro estudio español que reportó un 42% [2]. El tiempo medio que tuvieron que esperar para recibir indicación de analgesia según el estudio español fue de 43 minutos [2], también consistente a nuestros hallazgos (media de 46 minutos). A diferencia de este último, a este valor habría que sumarle el tiempo adicional de administración efectiva por parte de enfermería de dicha medicación indicada por otro profesional (es decir los 16 minutos adicionales que transcurren entre la indicación médica y que se administra realmente en la práctica), lo que arroja una demora global de 62 minutos en empezar a recibir el tratamiento analgésico desde la admisión. Esto representa que sigue siendo una problemática mundial de la que no estamos exentos, reportada también, en el ámbito de

internación [12] e interpretada como una deficiencia administrativa en los registros [9].

Cabe resaltar la importancia del trabajo que cumple el personal de enfermería al momento de realizar un triaje y que influye directamente en este proceso, es decir, la correcta evaluación inicial de las necesidades y los requerimientos del paciente impactan, permitiendo o no, acortar los tiempos de administración de analgesia, y puede o no, garantizar un adecuado control sintomático durante el proceso de atención [13].

Otro hallazgo interesante de nuestro trabajo fue el 12% de las consultas con registro de valoración inicial y las escalas correspondientes en contraste con el 83,6% de registro no estructurado (sino como texto libre en la evolución de la HCE) por parte de un médico. Esto se diferencia ampliamente de otros ámbitos que reportaron el 58% [14] y nos permite reflexionar sobre la baja adherencia a esta nueva

herramienta incorporada recientemente a la HCE (es decir, baja tasa de uso) o sub-registro reforzando la necesidad de mejorar este proceso.

Sin embargo, existen discrepancias con la bibliografía en cuanto la medicación habitualmente utilizada, siendo el tramadol el opioide más indicado, pero con una frecuencia baja (7%). Este hallazgo refleja una sub-utilización de opiáceos en nuestro medio, que en contraste con las recomendaciones, sugieren el uso seguro en el servicio de urgencias [15]. La elección del analgésico para el tratamiento depende de la disponibilidad en los ámbitos públicos, pero también probablemente, de las preferencias (o usos y costumbres) del médico tratante en un ámbito privado como el nuestro.

Una de las principales limitaciones de este proyecto fue la recolección de datos en forma retrospectiva dado que hay datos faltantes (debido a la falta de registro de valoración del dolor por parte de médicos y enfermería). Sin embargo, dentro de las fortalezas cabe mencionar: (a) se pudo alcanzar fácilmente el cálculo muestral debido al numeroso caudal de pacientes que se atienden en este centro, (b) la selección aleatoria asegura que la información sea representativa sobre la atención y el manejo habitual de estos pacientes; (c) se logró la participación multidisciplinaria de profesionales a los fines del proyecto (con la participación activa de médicos y enfermeros con trabajo activo y colaborativo); (d) los hallazgos representan información de gran importancia, no sólo por la temática abordada, sino que representan un diagnóstico situacional como puntapié inicial que nos permite reflexionar e implementar nuevas estrategias con el fin último de mejorar procesos que apunten a mejorar la calidad de atención del paciente.

Estos hallazgos son extrapolables a cualquier otro ámbito de atención ambulatoria no programada (como los sobre turnos), debido a que el 60% de los pacientes fueron atendidos en el área de demanda espontánea que se define como atención de baja complejidad, con reinserción para seguimiento longitudinal con el médico de cabecera.

CONCLUSIONES

La mitad de los pacientes que consultan al servicio de urgencias presentaron algún motivo de consulta relacionado con dolor. Estos hallazgos demuestran que se requiere mejorar el registro de evaluación del mismo para garantizar valoración y manejo efectivo. Se trata de datos valiosos desde el punto de vista clínico práctico y gerencial para la implementación de medidas preventivas o guías de manejo protocolizadas aplicables a cualquier ámbito de atención primaria no programada.

REFERENCIAS

- [1] Jostein Dale LPB. Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2015;23. doi:10.1186/s13049-015-0166-3.
- [2] Caba Barrientos F, Benito Alcalá MC, Montes Pérez A, Aguilar Sánchez JL, Torre Liébana R de la, Margarit Ferri C. Encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias. *Rev Soc Esp Dolor* 2014;21:3–15.
- [3] Fosnocht DE E al. Patient expectations for pain relief in the ED. *Am J Emerg Med*. 2004 Jul;22(4):286-8.
- [4] Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, et al. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007;8:460–6.
- [5] Kuan SC, Collins NC, Ryan JM, Callanan I. Treating pain in the emergency department. *Eur J Emerg Med* 2010;17:52–5.
- [6] Wilson JE, Pendleton JM. Oligoanalgesia in the emergency department. *Am J Emerg Med* 1989;7:620–3.
- [7] Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel J-C, et al. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Ann Emerg Med* 2007;50:462–71.
- [8] van Zanden JE, Wagenaar S, Ter Maaten JM, Ter Maaten JC, Ligtenberg JJM. Pain score, desire for pain treatment and effect on pain satisfaction in the emergency department: a prospective, observational study. *BMC Emerg Med* 2018;18:40.
- [9] Sergey M Motov ANK. Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *J Pain Res* 2009;2:5.
- [10] Hatherley C, Jennings N, Cross R. Time to analgesia and pain score documentation best practice standards for the Emergency Department - A literature review. *Australas Emerg Nurs J* 2016;19:26–36.
- [11] Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar* 2010;33. doi:10.4321/s1137-66272010000200008.
- [12] Muñoz-Alvaredo L, López Vallecillo M, Jiménez Pérez JM, Martín-Gil B, Muñoz Moreno MF, Fernández-Castro M. Prevalence, pain management and registration in Internal Medicine units. *Enferm Clin* 2018. doi:10.1016/j.enfcli.2018.11.004.
- [13] Vuille M, Foerster M, Foucault E, Hugli O. Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: A qualitative study. *J Clin Nurs* 2018;27:669–76.
- [14] Plan andaluz de atención a las personas con dolor:

2010-2013 [Coordinación, Juan Antonio Guerra de Hoyos et al.; Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento; Sevilla] Consejería de Salud, [2010] n.d. http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/plan_atencion_dolor-1_0.pdf

[15] Motov S, Strayer R, Hayes BD, Reiter M, Rosenbaum S, Richman M, et al. The Treatment of Acute Pain in the Emergency Department: A White Paper Position Statement Prepared for the American Academy of Emergency Medicine. *J Emerg Med* 2018;54:731–6.