

Prevalencia y enfoque terapéutico del dolor agudo en urgencias brindado por la enfermería de triaje

Temática: práctica basada en evidencia.

Contribución a la disciplina: este estudio se dirige a la solución de problemas surgidos de la práctica clínica, en la que la toma de decisiones está basada en la mejor evidencia existente. Permite un mayor control del estado de salud de los pacientes que acuden a urgencias con dolor, al tratar el problema de manera eficaz gracias a un protocolo de valoración del dolor, con varias posibilidades terapéuticas y de responsabilidad enfermera con muy buenos resultados.

RESUMEN

Objetivo: valorar la efectividad del tratamiento aplicado en pacientes con dolor agudo en el servicio de urgencias por la enfermería de triaje. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo observacional, de corte transversal y de abordaje cuantitativo, con medidas de tendencia central en 348 pacientes, realizado en 2016. Se utilizó un cuestionario *ad hoc*, elaborado por el servicio de urgencias, que valora la intensidad del dolor mediante escala numérica y un protocolo de intervención ante el dolor que incluye medidas físicas y farmacológicas. **Resultados:** tras la aplicación del primer tratamiento, el 80,17 % de los pacientes experimentó mejoría; el 7,18 % requirió un segundo tratamiento y, de este, el 87,5 % mejoró y el 12,5 % no sufrió modificaciones. El personal de enfermería trató a los pacientes según el protocolo, con AINES y Metamizol, mayoritariamente. El resto fue dirigido a valoración médica y otros 40 pacientes rechazaron el tratamiento. **Conclusiones:** existe un alto porcentaje de pacientes que mejoran su percepción del dolor tras el primer tratamiento administrado por el personal de enfermería de triaje. Los resultados sugieren revisar y actualizar el protocolo en el primer tratamiento.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Triaje; protocolos; enfermería; emergencias; urgencias médicas; dolor agudo.

DOI: 10.5254/aqui.2019.19.4.4

Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article

Perera J, López F, Candelas RM, Chacón R, Morizot G. Prevalence and Therapeutic Approach of Acute Pain in Emergency Provided by Triage Nursing. *Aquichan* 2019; 19(4): e1944. DOI: <https://doi.org/10.5254/aqui.2019.19.4.4>

- 1 <https://orcid.org/0000-0003-1478-4961>. Universidad Camilo José Cela, España. jonay.perera-gil@vyv-care-idf.fr
- 2 <https://orcid.org/0000-0002-5188-6038>. Universidad Camilo José Cela, España. flopez@ucjc.edu
- 3 <https://orcid.org/0000-0001-8594-2862>. Universidade Fernando Pessoa, Portugal. rcandela@ufp.edu.pt
- 4 <https://orcid.org/0000-0002-7227-5658>. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España. rodrigo.chacon@ulpgc.es
- 5 <https://orcid.org/0000-0003-3126-2399>. Institut Pasteur, Francia. gloria.morizot@pasteur.fr

Recibido: 08/04/2019
Enviado a pares: 30/04/2019
Aceptado por pares: 14/05/2019
Aprobado: 11/08/2019

Prevalence and Therapeutic Approach of Acute Pain in Emergency Provided by Triage Nursing

ABSTRACT

Objective: This work sought to assess the effectiveness of the treatment applied in patients with acute pain in the emergency service by triage nursing. **Materials and Methods:** Cross-sectional, observational descriptive study of quantitative approach, with measures of central tendency in 348 patients, conducted in 2016. An *ad hoc* questionnaire was used, elaborated by the emergency service, which assesses the intensity of pain through a numerical scale and a pain intervention protocol that includes physical and pharmacological measures. **Results:** After applying the first treatment, 80.17 % of the patients experienced improvement; 7.18 % required a second treatment and, of these, 87.5 % improved and 12.5 % suffered no modifications. The nursing staff treated the patients according to the protocol, with AINES and Metamizole, primarily. The rest were remitted to medical evaluation and another 40 patients rejected treatment. **Conclusions:** A high percentage of patients exist who improve their perception of pain after the first treatment administered by the triage nursing personnel. The results suggest revising and updating the protocol in the first treatment.

KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Triage; protocols; nursing; emergencies; medical emergencies; acute pain.

Prevalência e abordagem terapêutica da dor aguda em pronto-socorro oferecidas pela enfermagem de triagem

RESUMO

Objetivo: avaliar a efetividade do tratamento aplicado em pacientes com dor aguda no serviço de pronto-socorro pela enfermagem de triagem. Materiais e métodos: estudo descritivo observacional, de corte transversal e de abordagem quantitativa, com medidas de tendência central em 348 pacientes, realizado em 2016. Foi utilizado um questionário ad hoc, elaborado pelo serviço de pronto-socorro, que avalia a intensidade da dor mediante escala numérica, e um protocolo de intervenção ante a dor que incluiu medidas físicas e farmacológicas. Resultados: após a aplicação do primeiro tratamento, 80,17 % dos pacientes experimentaram melhora; 7,18 % necessitaram segundo tratamento e, destes, 87,5 % melhoraram e 12,5 % não sofreram alterações. A equipe de Enfermagem tratou os pacientes segundo o protocolo, com AINEs e Metamizol, predominantemente. Os demais foram dirigidos à avaliação médica, e outros 40 pacientes recusaram o tratamento. Conclusões: existe alta porcentagem de pacientes que melhoram sua percepção da dor após o primeiro tratamento receitado pela equipe de enfermagem de triagem. Os resultados sugerem revisar e atualizar o protocolo no primeiro tratamento.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Triagem; protocolos; enfermagem; emergências; emergências médicas; dor aguda.

Cuando se gesta un problema como el dolor, si no se toman medidas para aliviarlo, crecerá hasta convertirse en un gran inconveniente para el estado de salud del paciente, no solo desde el plano físico, sino también emocional.

Según esta investigación, los enfermeros toman decisiones sobre la prestación de cuidados a los pacientes que acuden con dolor a urgencias, teniendo en cuenta sus necesidades individuales y según marca un protocolo estipulado.

Hay que tener en cuenta que una intervención a tiempo es más efectiva, rápida y económica. Este estudio demuestra que una intervención a tiempo mejora la calidad en la atención al paciente que acude a urgencias con dolor.

Introducción

El dolor es una sensación altamente desagradable y muy personal que no puede compartirse con otros; el paciente encuentra dificultades para comunicarlo, y los enfermeros no pueden ni sentir ni ver lo que el paciente experimenta. Las diferencias en la percepción del dolor, así como las diferentes causas que lo producen, enfrentan al profesional de enfermería con el objetivo de desarrollar un plan estándar para aliviarlo y proporcionar confort (1-3).

La valoración y el tratamiento eficaz del dolor es una parte importante de los cuidados de enfermería y representa un problema de alta prioridad por sí mismo, ya que es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de urgencia. Además de suponer un peligro fisiológico y psicológico para la salud y la recuperación, el dolor grave requiere atención y tratamientos inmediatos (4-7).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Observatorio de Derechos Humanos (Human Rights Watch), el tratamiento contra el dolor es un derecho humano. En el mundo, entre el 25 y el 29 % de la población padece dolor (8), y este es el principal motivo de consulta en los servicios de urgencia (aproximadamente el 78 %, del cual un tercio manifiesta dolor intenso). A pesar de esto, el tratamiento está lejos de ser óptimo; se debe desarrollar un estándar de atención que abarque desde las estrategias no farmacológicas hasta los regímenes terapéuticos protocolizados, con el objetivo de hacer del servicio de urgencias un lugar de manejo integral y humanizado del dolor (9).

Según la Sociedad Española del Dolor, el dolor es uno de los motivos más frecuentes de consulta en urgencias, sea por su padecimiento exclusivo, sea por las patologías que lo ocasionan. Si bien su prevalencia (alrededor del 78 %) es muy alta, numerosos estudios han demostrado que el manejo de este síntoma es inadecuado en muchas ocasiones y que los pacientes pueden recibir tratamiento analgésico subóptimo por pautas inadecuadas, dosis insuficientes o fármacos inapropiados (1, 8). Para el tratamiento del dolor, es primordial su detección y evaluación, tanto en el triaje, como durante la estancia en urgencias.

Uno de cada cinco europeos sufre de dolor, y, de los que lo padecen, cuatro experimentan dolor agudo. Solo en los veintiocho países de la Unión Europea, cien millones de personas viven con él, y la mitad de estas no recibe ningún tratamiento o, incluso, no se le trata con seriedad (10). Estos datos demuestran la necesidad de considerar el tratamiento del dolor y el acceso a la atención médica una prioridad de la salud pública (11).

Actualmente, la ingesta de analgésicos y las técnicas antiálgicas neuromoduladoras son las más utilizadas para mitigar el dolor, mientras que las técnicas invasivas quedan relegadas a un segundo plano. Se resalta la importancia del automanejo y autocontrol del paciente, siempre que no se caiga en la autoprescripción indiscriminada. Algunas de las técnicas no farmacológicas empleadas en el tratamiento del dolor son la presión/masaje, vibración, calor y frío superficiales, aplicación de criolíquidos como el mentol, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, y a estas se pueden añadir otras como la distracción y la relajación (12-13).

Según datos de la Sociedad Española del Dolor y del Banco Mundial (organismo dependiente de las Naciones Unidas), existen 182 unidades del dolor (14), lo que para España representa, con sus 45.840.050 de habitantes a 2018, una unidad especial de tratamiento del dolor por cada 251.868 habitantes (15).

En comparación con países vecinos de la Unión Europea, y como bien lo señala el Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, en toda la región francesa, incluyendo Reunión, Martinica, Guadalupe, Guayana, Córcega y Mayotte, se dispone de un total de 266 unidades o centros de tratamiento del dolor, es decir, de una unidad por cada 248.898 habitantes (16).

Cada hospital dispone en España de su unidad de dolor dependiente del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, según fuentes del ministerio (17).

La Sociedad Española del Dolor refiere no tener constancia de ningún protocolo sobre la valoración y el tratamiento del dolor agudo en los servicios de urgencias hospitalarios, y este es el motivo de este estudio.

Así, el objetivo general fue valorar la aceptación y efectividad en el tratamiento inicial y secundario aplicado en pacientes con dolor agudo en el servicio de urgencias por la enfermería de triaje. Los objetivos específicos son 1) valorar la aceptación de los tratamientos iniciales y secundarios del protocolo aplicado y 2) valorar la efectividad de los tratamientos iniciales y secundarios del protocolo aplicado.

Método

Estudio descriptivo observacional, de corte transversal y de abordaje cuantitativo, con medidas de tendencia central (media, mediana y moda) (19-20) y un tipo de muestreo no aleatorio por conveniencia o accidental.

La muestra está constituida por todos los pacientes que acudieron a urgencias con dolor, independientemente del tipo de patología, y que precisaron un tratamiento contra dicho síntoma en un servicio de urgencias hospitalario durante un periodo de seis meses (julio-diciembre de 2016). Incluye un total de 348 personas, teniendo en cuenta los siguientes criterios de exclusión: pacientes sin dolor, menores de 14 años y aquellos que, por deficiencias, no podían contestar el cuestionario.

Se creó un protocolo *ad hoc* para el tratamiento de dolor agudo en el servicio de urgencias, realizado por el personal médico y de enfermería, y avalado con el VºBº de la Comisión de Docencia/ Investigación, el Servicio de Farmacología y el Servicio de Ética del Centro.

El cuestionario consta de tres partes, con un total de seis preguntas que varían entre preguntas dicotómicas y cerradas y preguntas de respuestas múltiples y abiertas (anexo I)⁶.

Según Grinspun (18), para la recogida de datos se recomienda la utilización de un cuestionario previamente aprobado y validado

por el centro hospitalario, y además incluir diferentes instrumentos de medida cuantitativa para la evaluación del dolor.

En la primera parte, se recogen datos sociodemográficos de la muestra; en la segunda, se evalúa el dolor a la llegada a urgencias; en la tercera, se precisa el primer tratamiento tras la valoración del dolor; y en la cuarta, se estima el dolor tras 45 minutos del inicio del primer tratamiento y se indica un segundo tratamiento, si procede, con posterior reevaluación del mismo.

Antes de poner en práctica el cuestionario, se realizó un pre-test al 10 % de la muestra de 348 pacientes, para valorar la eficacia y fiabilidad del cuestionario. Estos 35 cuestionarios, fuera de los 348 totales, no han formado parte del resultado final; tampoco formaron parte de la muestra y sirvieron para adaptar y demostrar la idoneidad del instrumento de recogida de datos.

La persona entrevistada respondió el cuestionario, con la intervención de un encuestador (los enfermeros del servicio de urgencias a quienes se formó en el manejo del cuestionario durante un periodo de dos meses, a través de seminarios y entrenamientos) encargado de solicitar al paciente, mediante un consentimiento informado, su participación en el estudio (anexo II).

Según el protocolo, el enfermero de triaje entrevista al paciente y evalúa la intensidad del dolor que padece, mediante la escala numérica del dolor (EN) (0: no dolor; 1-3: leve; 4-6: moderado; 7-10: intenso). Luego, inicia las *medidas terapéuticas no farmacológicas* (posturales, frío local), si el dolor va de leve a moderado (1-3), o las *medidas terapéuticas farmacológicas*, si el dolor va de moderado a grave (4-6). Cuando existe dolor intenso (7-10), el enfermero dirige el paciente hacia el médico para que este indique otra terapia no incluida en el protocolo, como en el caso de alergia o dolor extremo.

Tras 45 minutos, se reevalúa al paciente y, en función de la nueva valoración, se sigue el protocolo, variando o repitiendo el tratamiento, si fuera necesario.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética, Investigación y Docencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, de acuerdo con la legislación vigente, y se lleva a cabo con respecto a los principios enunciados en la Declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

⁶ Nota del editor: encuentre los anexos de este artículo en el siguiente enlace: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/suppFiles/10727/0>. También puede ponerse en contacto con el autor corresponsal o con la revista.

La descripción de las características de la muestra se realiza resumiendo las variables nominales con las frecuencias absolutas y relativas de sus categorías, y las de escala con media o mediana y percentiles (P5-P95), una vez comprobada su distribución normal de probabilidades con la exploración de sus histogramas y los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Todas las pruebas estadísticas empleadas fueron bilaterales en términos de significación $p < 0,05$, y los cálculos correspondientes se ejecutaron con ayuda del paquete de *software* estadístico para ordenador personal con entorno operativo IBM SPSS Statistics 19 (Statistical Package for Social Sciences) para entorno de Windows.

Resultados

Una vez desglosadas las muestras, se evaluó la información aportada por los cuestionarios.

De los 348 participantes, el 58,3 % fueron mujeres, y el 41,7 % fueron hombres. La media de edad fue de 48,14 años, con una desviación típica de 19,58.

La escala de valoración EN fue utilizada por el 100 % de los enfermeros.

Los valores arrojados por el índice de dolor, tras la evaluación de los 348 pacientes, se reflejan en la tabla 1.

Tabla 1. Valores del índice de dolor

Índice de dolor	Frecuencia	HUGC Dr Negrín* (%)
1	0	0
2	0	0
3	5	1,44
4	12	3,45
5	27	7,7
6	35	10,1
7	69	19,9
8	64	18,4
9	45	12,9
10	91	26,14

* Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Fuente: elaboración propia.

Tras la aplicación del protocolo con tratamiento inicial, el 80,17 % de los pacientes experimentan mejoría, lo que permite considerar un índice apropiado para la valoración comparativa de las metodologías reductoras del dolor de los pacientes, según se aprecia en la tabla 2.

Tabla 2. Resultados de la valoración del dolor tras el tratamiento inicial

Valoración del dolor	Frecuencia	Porcentaje (%)
Rechazo	40	11,49
Mejoría	279	80,17
Ningún cambio	26	7,47
Empeora	3	0,87

Fuente: elaboración propia.

Los pacientes que requirieron un segundo tratamiento fueron 24 (7,18 % de la muestra). La valoración del dolor tras el segundo tratamiento se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Resultados de valoración del dolor tras segundo tratamiento

Valoración del dolor	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mejoría	21	87,5
Ningún cambio	3	12,5

Fuente: elaboración propia.

A su llegada a urgencias, y tras la evaluación del dolor, al paciente se le propuso la aplicación de un primer tratamiento farmacológico, según el protocolo (AINES o Metamizol), o no farmacológico (frío, calor local o cambio postural). Algunos pacientes, según los criterios del enfermero de triaje o ante la duda, fueron valorados fuera del protocolo en "evaluación médica" o, simplemente, rechazaron cualquier medida terapéutica contra el dolor. Todo ello quedó reflejado en la tabla 4, donde se aprecia que 145 pacientes fueron tratados según el protocolo por el personal de enfermería, con una administración mayoritaria de AINES y de Metamizol; 13 fueron tratados según las medidas terapéuticas no farmacológicas; 150 fueron dirigidos a valoración médica; y 40 rechazaron el tratamiento.

Tabla 4. Tratamiento utilizado según el protocolo enfermero

	Tratamiento inicial						
	Rechazo del paciente	Cambio postural	Frío local	Calor local	AINES	Metamizol	Evaluación médica
HUGC Dr. Negrín	40	10	1	2	90	55	150

* Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Fuente: elaboración propia.

El tratamiento utilizado tras la evaluación médica (es decir, los tratamientos prescritos fuera del protocolo enfermero) queda reflejado en la tabla 5.

Tabla 5. Tratamiento inicial utilizado tras evaluación médica en España

	Tratamiento inicial tras evaluación médica					
	Paracetamol 1g	Dexketoprofeno	Tramadol	Morfina	Buscapina	Otros
H.U.G.C. Dr. Negrín	27	34	37	3	34	15

* Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Fuente: elaboración propia.

La tabla 6 expone, tras la valoración médica y enfermera inicial, el grado de satisfacción del paciente según el tratamiento aplicado. Se observa una mejoría del 3,5 % de los pacientes por el cambio postural; del 0,3 % por el frío local; del 0,7 % por el calor local; del 30,1 % por los AINES; del 17,5 % por el Metamizol; del 6,8 % por el Paracetamol 1g; del 11,46 % por el Dexketoprofeno; del 12,18 % por el Tramadol; del 1,07 % por la morfina; del 10,75 % por la Buscapina; y del 5,37 % por otros tratamientos.

Discusión

El dolor es uno de los principales motivos de consulta en el área de urgencias. En la presentación de un estudio durante la celebración del Día Mundial del Dolor, se mostró que el 43 % de las personas que ingresan en el servicio de urgencias de un hos-

Tabla 6. Percepción del dolor según el tratamiento utilizado en España tras el inicial

España	Frecuencia	Rechazo del paciente	Mejoría	Ningún cambio	Empeora
Rechazo del paciente	40	40	0	0	0
Cambio postural	10	0	10	0	0
Frío local	1	0	1	0	0
Calor local	2	0	2	0	0
AINEs	90	0	84	5	1
Metamizol	55	0	49	5	1
Paracetamol 1g	27	0	19	8	0
Dexketoprofeno	34	0	32	2	0
Tramadol	37	0	34	3	0
Morfina	3	0	3	0	0
Buscapina	34	0	30	3	1
Otros	15	0	15	0	0
Total	348	40	279	26	3

Fuente: elaboración propia.

pital manifiesta dolor agudo como síntoma principal (21). Según Abiuso, para los casos de dolor en general, el porcentaje asciende a 78, y un tercio de este manifiesta dolor intenso (9). Por su parte, este estudio muestra que el 38,21 % de los pacientes manifiesta dolor intenso, y el 39,08 % dolor muy intenso, cifra que llega al 77,29 % cuando se tienen en cuenta los dos niveles, lo cual coincide con los resultados de Abiuso (9).

Según Potter (22), la valoración del dolor consta de dos componentes importantes: una historia del dolor para obtener datos del paciente (inicio, localización, duración, factores agravantes, tratamientos anteriores que fueron eficaces o ineficaces) y la observación directa de las respuestas conductuales y fisiológicas del paciente, con la finalidad de lograr una comprensión objetiva de una experiencia subjetiva. En los pacientes que experimentan dolor agudo, la enfermera se centra en la localización, la calidad, la intensidad y la intervención precoz. En este caso, la valoración del dolor coincide con los datos de Abiuso y de Potter y se centra en la valoración del dolor agudo, a través de una EN, en un servicio de urgencias.

Según Moreno (23), el tratamiento del dolor comprende dos intervenciones básicas de enfermería: farmacológicas y no farmacológicas. Las intervenciones farmacológicas protocolizadas y por prescripción médica comprenden el empleo de opiáceos, no opiáceos/AINEs y fármacos adyuvantes, y las intervenciones cognitivo-conductuales abarcan técnicas de distracción, técnicas de relajación, visualización, *biofeedback*, tacto terapéutico e hipnosis.

En este estudio, se han utilizado los diferentes tratamientos disponibles en el protocolo, tras la valoración enfermera, desde técnicas posturales físicas (de frío o calor, etc.) hasta la administración de los fármacos indicados en el protocolo, según el grado de dolor valorado. Se permitieron dos tipos de escalas de valoración del dolor: el Algoplus y la EN; en todos los casos estudiados por los enfermeros se usó la segunda.

La EN es equivalente a otras escalas de valoración del dolor y sirve de orientación sobre la eficacia de los tratamientos. Para la mayoría de personas, la cifra de 5 o más representa una interferencia significativa en la vida diaria y la necesidad de que se haga algo para contrarrestarla, aunque no diferencia los componentes psicológicos, emocionales y sociales. En el protocolo (anexo III), la evaluación del tratamiento del dolor del paciente incluye la respuesta de este, las modificaciones del dolor y la percepción del paciente frente a la eficacia del tratamiento.

En este estudio, el 14,4 % refiere dolor leve; el 21,26 %, dolor moderado; el 38,21 %, dolor intenso; y el 39,08 %, dolor muy intenso, por lo que es imprescindible implementar este tipo de protocolos con medidas consensuadas y profundizar en ellas, dados los positivos resultados obtenidos.

Se puede considerar que, en su gran mayoría, los pacientes se encuentran satisfechos con los tratamientos aplicados, sin tener la necesidad de requerir un segundo tratamiento: el 80,17 % refiere mejoría tras el primer tratamiento y el 87,5 %, tras el segundo. Estos datos permiten reconsiderar el primer tratamiento y la posterior valoración del dolor en el protocolo utilizado.

En cuanto a los tratamientos analgésicos no farmacológicos, se destaca que, descartando a los pacientes que rechazaron cualquier tipo de tratamiento contra el dolor, se utilizó una analgesia no farmacológica (cambio de postura, frío o calor local) en el 4,2 % de los casos, tratamiento cuya efectividad se observó en el 100 % de los casos.

Hay un porcentaje importante de pacientes que no acepta el tratamiento propuesto para el dolor según el protocolo, y en la bibliografía consultada no se han encontrado datos para comparar esta información.

La importancia y la monitorización del tratamiento del dolor en los servicios de urgencias sugiere la necesidad de incluir el dolor como el quinto signo vital, realizando la valoración de enfermería a través de la EN, para poder contemplarlo en el plan de atención de enfermería (PAE). Se trata de cuantificar, comunicar y registrar la intensidad desde el inicio, y de aportar los datos en la anamnesis, examen físico, observación y seguimiento, para ofrecer un tratamiento más racional e individualizado.

En 2001, la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones del Cuidado de la Salud (Joint Commission for the Accreditation of Health Organizations) estableció unas nuevas normas para el manejo del dolor en los pacientes hospitalizados. De ahí en adelante, se conoce el manejo de dolor como el quinto signo vital. Aunque el dolor es un síntoma subjetivo, muy difícil de medir con certeza, se pretendía que cada hospital desarrollara políticas y procedimientos adecuados para evaluar el dolor y el uso de analgésicos como tratamiento. A los adultos se les insta a evaluar el dolor inicial, utilizando una escala de 0 a 10, al igual que para evaluar el efecto analgésico del medicamento utilizado (24).

En la actualidad, según la Sociedad Española del Dolor, no hay constancia de ningún protocolo sobre la valoración y el tratamiento del dolor agudo en los servicios de urgencias hospitalarios en España, es decir, en el acceso no programado de los pacientes al hospital; de ahí la validez de este estudio, por ser el primero en el que se establece un protocolo de valoración del dolor en un servicio de urgencias.

En relación con la satisfacción de los pacientes tras el tratamiento administrado por el enfermero de triaje, según el protocolo establecido a su llegada a urgencias, podemos decir que dicho tratamiento tiene una buena valoración en cuanto a la percepción del dolor, pues el 89,19 % de los pacientes refieren mejoría.

Conclusiones

Las escalas propuestas en los cuestionarios fueron el Algoplus y la EN, las dos escalas que se adaptan mejor al tipo de pacientes que frecuentan urgencias, pero la EN fue la elegida por los enfermeros de triaje en todos los cuestionarios estudiados.

Existe un alto porcentaje de pacientes que valoran positivamente el primer tratamiento tras el triaje enfermero y la aplicación del protocolo del dolor, lo cual muestra la importancia de tratar el dolor y de mejorar la calidad asistencial y la atención sanitaria prestada al paciente que acude al servicio de urgencias con dolor.

Durante el segundo tratamiento, tras la valoración médica, el porcentaje de pacientes que lo valora positivamente es mayor, aunque hay un porcentaje importante que no acepta el tratamiento propuesto para el dolor según el protocolo. Estos resultados sugieren revisar y actualizar el primer tratamiento y la valoración del dolor en el protocolo aplicado.

En el tratamiento inicial, los fármacos más utilizados fueron los AINEs y el Metamizol; tras la valoración médica, fueron el Dexketoprofeno, el Paracetamol 1g, el Tramadol, la Buscapina y la Morfina. Esto demuestra la necesidad de valorar la incorporación del Paracetamol y de los opiáceos al protocolo enfermero inicial. Asimismo, se debe tener en cuenta que medios físicos como el frío, el calor local o un simple cambio postural han servido para reducir, en un alto porcentaje, el dolor de los pacientes tratados.

A partir de los datos analizados, se puede considerar que, en su mayoría, los pacientes se encuentran satisfechos con los trata-

mientos aplicados en el servicio de urgencias, tras ser evaluados por el enfermero de triaje, y a la espera de ser atendidos por el equipo médico. Se destaca la utilización de AINEs, Metamizol, Paracetamol 1g, Dexketoprofeno, Tramadol y Buscapina. Esto lleva a valorar positivamente la efectividad del tratamiento aplicado en pacientes con dolor agudo en el servicio de urgencias por la enfermería de triaje.

Recomendaciones

Para garantizar la fiabilidad de la utilización de los protocolos o recomendaciones de actuación, se deben elaborar programas de formación continuada específicos en el tratamiento del dolor para las enfermeras de triaje, y los facultativos en los servicios de urgencias. Asimismo, talleres para desarrollar habilidades de comunicación, autocontrol de las emociones y manejo adecuado de las herramientas disponibles.

Finalmente, junto a la necesidad de una coordinación interna entre los miembros del equipo, es necesario actualizar periódicamente los protocolos y las recomendaciones, estudiando los indicadores de cumplimiento de los mismos, a través de los programas de gestión de calidad del centro hospitalario. Se debe incluir el dolor como quinto signo vital.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Referencias

1. Euleche A, Sumayaji R, James NR. Toma de decisiones en el tratamiento del dolor. Segunda edición. Madrid: Elsevier; 2007. p. 122-220.
2. Muñoz JM. Manual de dolor agudo postoperatorio. Madrid: Hardcover; 2010.
3. International Association for the Study of Pain. IASP Terminology. [Internet]. 2017. [Acceso 2019 jul. 15]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>
4. Benito U. Competencias y técnicas de enfermería en los servicios de urgencias. [Internet]. Alicante: Medicina y salud; 2016. [Acceso 2019 jul. 15]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/681451.pdf>
5. Vassort E, Le Gall, J. Douleur. Programme d'amélioration de la qualité. Mode d'emploi. París: Elsevier-Masso; 2013.
6. Rivas-Jiménez M. Manual de Urgencias. Tercera edición. Madrid: Panamericana; 2017.
7. Viveiros WL, Pinto MF, Vancini CR, Barbosa MC, Novelli G, Assayag RE. Pain in emergency units: correlation with risk classification categories. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2018, nov. [Acceso 2019 jul. 15]; 26(1): 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2415.3070>
8. Clúster salud la industria de la vida. [Internet]. 2017. [Acceso jul. 15 2019]. Disponible en: <https://clustersalud.americaeconomia.com/gestion-hospitalaria/oms-califica-el-tratamiento-del-dolor-cronico-como-un-derecho-humano>

9. Abiuso N, Santelices JL, Quezada R. Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia. *Rev. Med. Clin. Condes*. [Internet]. 2017 abr. [Acceso 2019 jul. 15]; 28(2): 161-326. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.012>
10. Breivik H, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Rev. Eur J Pain*. [Internet]. 2016 my [Acceso 2019 jul. 15]; 10(4): 287-333. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
11. Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea. [Internet]. Diario oficial de la Unión Europea; 2010. [2019 jul. 15]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-Z-2010-70003>
12. Jiménez L, Montero FJ. Compendio de medicina de urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. Sexta edición. Madrid: Elsevier; 2018. p. 120-180. Disponible en: <https://oncouasd.files.wordpress.com/2015/06/medicina-de-urgencias-y-emergencias.pdf>
13. Pereira P, De Araujo AP, Nogueira MS, Moreira S, Valeska A, Camelo EM. Non-pharmacological measures for pain relief in venipuncture in newborns: description of behavioral and physiological responses. *Rev. BrJP. São Paulo* [Internet]. 2019 jun. [Acceso 2019 jul. 15]; 2(2):142-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20190026>
14. Unidades de dolor. [Internet]. Sociedad Española del Dolor; 2019. [Acceso 2019 jul. 15] Disponible en: <http://portal.sedolor.es/pagina/index.php?id=60&title=directorio-u.-del-dolor>
15. Población total. [Internet]. Banco Mundial; 2018. [Acceso 2019 jul. 15] Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>
16. Sociedad Francesa de Estudio y Tratamiento del Dolor. Société Francaise D' tude et de Traitement de la Douleur. [Internet]. Francia; 2019. [Acceso 2019 jul. 15]. Disponible en: <http://www.sfetd-douleur.org/clud>
17. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Estudios, informes e investigación. [Internet]. 2011. [Acceso 2019 jul. 15]; 1(1): 25-41. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf
18. Grinspun D. Evaluation et la prise en charge de la douleur. Tercera edición. Toronto: Rnao; 2013.
19. Santos F, Rodriguez C, Rodriguez R. Metodología básica de investigación en enfermería. Madrid: Díaz de Santos; 2013.
20. Tomás-Sábado J. Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería. Barcelona: Servei de Publicacions de la Universitat Autónoma de Barcelona; 2009.
21. Mínguez S, Herms R, Arbon s E, Roqueta C, Farriols C, Riu M. et al. Prevalencia y enfoque terapéutico del dolor en el servicio de urgencias de un hospital universitario. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. [Internet]. 2014 ag. [Acceso 2019 jul. 15]; 21(4): 205-211. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000400004>
22. Potter P, Perry A. Fundamentos de enfermería. Octava edición. Madrid: Elsevier; 2018.
23. Moreno T. Valoración y manejo del dolor. Tercera edición. Toronto: Rnao; 2013.
24. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Estándares para la acreditación de hospitales de la Joint Commission International. [Internet]. 2011. [Acceso 2019 jul. 15]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/JCI%204a%20Edicion%20EstandaresHospitales2011.pdf