

Manejo del dolor en los servicios de urgencias: un estudio descriptivo

BERNARDO OCAMPO-TRUJILLO¹, EDWIN PEÑATE SUÁREZ², FERNANDO ARANGO GÓMEZ³,
CRISTIAN GIRALDO GUZMÁN⁴, LAURA VICTORIA SANCHEZ-DÍAZ⁵, VANESSA RODRÍGUEZ AYALA⁶,
DANIELA RESTREPO RETREPO⁷, JAVIER MAURICIO HERRERA⁸,
ELIANA CAROLINA CARDONA RÍOS⁹, DANIELA RAMÍREZ CARDONA¹⁰

Recibido para publicación: 05-08-2024. Versión corregida: 11-12-2024. Aprobado para publicación: 31-03-2025.

Modelo de citación:

Ocampo Trujillo B., Peñate Suárez E., Arango Gómez F., Giraldo Guzmán C., Sanchez Díaz L.V., Rodríguez Ayala V., Restrepo Retrepo D., Mauricio Herrera J., Cardona Ríos E.C., Ramírez Cardona D. **Manejo del dolor en los servicios de urgencias: un estudio descriptivo**. Arch Med (Manizales). 2025;25(1). <https://doi.org/10.30554/archmed.25.1.5182.2025>

Resumen

Introducción: el dolor agudo es una urgencia médica que requiere atención inmediata, manejo adecuado y es un indicador de calidad en la atención. **Objetivo:** describir el manejo del dolor agudo por parte del personal de salud en los pacientes que asisten a los servicios de urgencias en instituciones hospitalarias y clínicas de las ciudades de Manizales y Armenia, comparándolo con los protocolos y guías de atención de esta patología aprobadas nacional e internacionalmente. **Método:** estudio observacional de corte transversal con alcance descriptivo, incluyendo pacientes que asistieron a consulta a los servicios de urgencias en instituciones de Manizales (SES Hospital Universitario de Caldas, E.S.E. Hospital Departamental Santa Sofía y Clínica San Marcel) y Armenia (Hospital Universitario San Juan de Dios y Hospital del Sur). **Resultados:** se incluyeron 306 pacientes, quienes consultaron principalmente por trauma (33.7%), dolor abdominal (20%) y dolor osteomuscular o articular (9.4%). El dolor se clasificó como somático en el 33.3%, visceral 20.6% y no se definió en 41.5%. En el 35% de los

1 Anestesiólogo. Profesor titular de la Universidad de Caldas. ORCID: 000-0001-6389-8434. Correo: bernaocatru@gmail.com

2 Anestesiólogo. Pofesor de anestesia de la Universidad del Quindío. Anestesiólogo del Hospital Universitario del Quindío San Juan de Dios. ORCID: 000-0002-4046-2539

3 Neonatólogo. Mag. en epidemiología, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Manizales. ORCID: 0000-0003-4811-8908. Correo: fernando.arango64@gmail.com

4 Medico General. Universidad de Caldas. ORCID: 0000-0003-2429-4579

5 Medico General. Universidad de Caldas. ORCID 0000-0002-6106-0328.

6 Estudiante. Universidad del Quindio.

7 Estudiante. Universidad del Quindio.

8 Estudiante. Universidad del Quindio.

9 Estudiante. Universidad del Quindio.

10 Estudiante. Universidad del Quindio.

casos no se registró la 'escala visual análoga' (EVA). Al momento del egreso, el dolor clasificado como moderado seguía siendo moderado en el 48.8% y severo en el 2.5%. El dolor clasificado como severo, al momento del egreso seguía siendo severo en el 33.3% y moderado en el 27.8%. **Conclusión:** la baja clasificación de la intensidad del dolor, del tipo de dolor y el bajo registro de la localización de este, deja serias dudas acerca del manejo adecuado del dolor y, a la vez, permite ver fallas en el conocimiento y en la educación de los actores en el tema; un registro rutinario y cuidadoso de estos aspectos clínicos es indispensable para una evaluación del dolor, del manejo del síntoma y de la patología que lo causa. La inexistencia de protocolos o guías de manejo deja a cada profesional en libertad de manejar el dolor del paciente a su criterio, lo que de nuevo lleva a resultados irregulares en la condición dolorosa del paciente.

Palabras clave: dolor agudo; dolor crónico; dimensión del dolor; manejo del dolor; escala visual análoga; urgencias.

Pain management in emergency departments: a descriptive study

Abstract

Introduction: acute pain is a medical emergency that requires immediate attention, adequate management and is an indicator of quality of care. **Objective:** to describe the management of acute pain by health personnel in patients attending emergency departments in hospitals and clinics in the cities of Manizales and Armenia, comparing it with protocols and guidelines for the care of this pathology approved nationally and internationally. **Methods:** cross-sectional observational study with descriptive scope, including patients who attended emergency department consultations in institutions in Manizales (SES Hospital Universitario de Caldas, E.S.E. Hospital Departamental Santa Sofía and Clínica San Marcel) and Armenia (Hospital Universitario San Juan de Dios and Hospital del Sur). **Results:** 306 patients were included, who consulted mainly for trauma (33.7%), abdominal pain (20%) and musculoskeletal or joint pain (9.4%). Pain was classified as somatic in 33.3%, visceral in 20.6% and undefined in 41.5%. The 'visual analogue scale' (VAS) was not recorded in 35% of cases. At discharge, pain classified as moderate remained moderate in 48.8% and severe in 2.5%. Pain classified as severe at discharge remained severe in 33.3% and moderate in 27.8%. **Conclusion:** the low classification of pain intensity, the type of pain and the low recording of the location of this, leaves serious doubts about the proper management of pain and, at the same time, reveals failures in the knowledge and education of the actors on the subject; a routine and careful recording of these clinical aspects is essential for an assessment of pain, symptom management and the pathology that causes it. The non-existence of protocols or management guidelines leaves each professional free to manage the patient's pain at their own discretion, which again leads to irregular results in the patient's pain condition.

Keywords: acute pain; chronic pain; pain dimension; pain management; visual analogue scale; emergency department.

Tratamento da dor no departamento de emergência: um estudo descritivo

Resumo

Introdução: a dor aguda é uma emergência médica que requer atenção imediata, manejo adequado e é um indicador da qualidade do atendimento. **Objetivo:** descrever o manejo da dor aguda pelo pessoal de saúde em pacientes atendidos em departamentos de emergência de hospitais e clínicas nas cidades de Manizales e Armênia, comparando-o com protocolos e diretrizes para o atendimento dessa patologia aprovados nacional e internacionalmente. **Métodos:** estudo observacional transversal com escopo descritivo, incluindo pacientes que compareceram a consultas no departamento de emergência em instituições de Manizales (SES Hospital Universitario de Caldas, E.S.E. Hospital Departamental Santa Sofía e Clínica San Marcel) e Armênia (Hospital Universitario San Juan de Dios e Hospital del Sur). **Resultados:** Foram incluídos 306 pacientes, que consultaram principalmente por trauma (33,7%), dor abdominal (20%) e dor musculoesquelética ou articular (9,4%). A dor foi classificada como somática em 33,3%, visceral em 20,6% e indefinida em 41,5%. A “escala visual analógica” (EVA) não foi registrada em 35% dos casos. Na alta, a dor classificada como moderada permaneceu moderada em 48,8% e grave em 2,5%. A dor classificada como grave na alta permaneceu grave em 33,3% e moderada em 27,8%. **Conclusão:** a baixa classificação da intensidade da dor, do tipo de dor e o baixo registro da localização desta, deixa sérias dúvidas sobre o manejo adequado da dor e, ao mesmo tempo, revela falhas no conhecimento e na educação dos atores sobre o assunto; um registro rotineiro e cuidadoso desses aspectos clínicos é essencial para uma avaliação da dor, do manejo dos sintomas e da patologia que a causa. A inexistência de protocolos ou diretrizes de manejo deixa cada profissional livre para manejar a dor do paciente a seu próprio critério, o que, mais uma vez, leva a resultados irregulares no quadro de dor do paciente.

Palavras-chave: dor aguda; dor crônica; dimensão da dor; manejo da dor; escala visual analógica; departamento de emergência.

¿Qué sabemos acerca del dolor?

- El dolor agudo es una urgencia médica que requiere atención inmediata, manejo adecuado y es un indicador de calidad en la atención [1].
- Una lesión tisular produce cambios en la plasticidad molecular y estructural del sistema nervioso, llevando a una sensibilización central y a convertirse en un dolor crónico, como una enfermedad propiamente dicha [1,2].

- El dolor es el motivo de consulta más frecuente en los servicios de urgencias tanto en Colombia [3] como en el resto del mundo [4,5]; sin embargo, su tratamiento no es óptimo, encontrándose altos reportes de oligoanalgesia [6].

Qué aporta este estudio?

- A nivel del Eje Cafetero no se encuentran estudios que permitan evaluar la situación actual del manejo del dolor en los servicios de urgencias. Este estudio nos revela que el

manejo del dolor no es óptimo, además, no existen guías ni protocolos institucionales que orienten al profesional en el manejo del dolor. Este estudio brinda una base sólida, la cual era necesaria para incentivar a los hospitales a desarrollar estrategias para mejorar la atención.

- De las personas que consultaban por dolor a los servicios de urgencias, la mayoría padecían dolor agudo somático y la causa principal de dicho dolor eran el trauma y el abdomen agudo. La mayoría de los médicos de urgencia no registraban la intensidad del dolor, lo hacían de manera subjetiva y no empleaban la escala EVA u alguna otra (numérica, caras) que permiten su objetivación y seguimiento.
- Este estudio brinda, de manera aproximada y objetiva, información sobre la eficacia de los tratamientos realizados y describe el comportamiento y las características de dicha atención.

Introducción

Brindar alivio oportuno del dolor sigue siendo un desafío para la mayoría de los departamentos de emergencias [7]. El dolor agudo es una urgencia médica que requiere atención inmediata, manejo adecuado y es un indicador de calidad en la atención del paciente. Ha dejado de ser solo un síntoma, por la existencia de pruebas en la literatura de que la lesión tisular produce con frecuencia cambios en la plasticidad molecular y estructural del sistema nervioso, generando una mayor comprensión de los mecanismos por los cuales el dolor agudo puede convertirse en dolor crónico [1,2]. La prolongación del dolor afecta psicológica y fisiológicamente, complica las condiciones primarias de las causas que lo desencadenan, incrementa el tiempo de recuperación y añade costos a la atención en salud [8,9]. La atención oportuna y la analgesia en el menor tiempo posible, son un desafío, ya que, con frecuencia, la aplicación de analgésicos se dilata innecesariamente en detrimento de la atención del paciente y de su

bienestar, muy especialmente en el control del dolor severo [8-10] que se retrasa sin justificación [7,10].

El dolor es el motivo de consulta más frecuente en los servicios de urgencias colombianos [3] y en el mundo, alcanzando desde el 60% hasta 78% del total de las consultas a estos servicios [4,5]; sin embargo, su tratamiento no es óptimo, encontrándose altos reportes de oligoanalgesia [6], entendiéndose esta como el tratamiento insuficiente del dolor [8]. Debido a factores, como la falta de conocimiento del médico, la opiofobia, la naturaleza inmanente subjetiva del dolor, la respuesta al estrés psicológico, la raza, la edad, el sexo, la incapacidad para expresar el dolor y la presencia de comorbilidades, hacen del inadecuado manejo del dolor una realidad universal [11-13]. Los reportes indican que el 60% de los pacientes con dolor que consultan y reciben manejo analgésico antes del tratamiento, muestran una disminución no lineal de su intensidad en las siguientes 48 horas y, de estos, el 75% egresan con dolor moderado a severo o sin resolución de los síntomas [6,9].

Actualmente, se reconoce que el manejo inadecuado del dolor agudo en los servicios de urgencias tiene diversos factores desencadenantes: mala organización y homogeneización del manejo por falta de protocolos estandarizados, la disyuntiva entre el dolor manifestado por el paciente y lo percibido por el profesional de la salud, un enfoque del manejo centrado en paraclínicos más que una evaluación clínica del paciente, falta de individualización del manejo, ausencia de trabajo en equipo, temor del uso de medicamentos adecuados y a la sobredosificación, enmascaramiento de los síntomas y temor de posibles adicciones [7,14]. Esta mirada internacional no es insignificante en el medio, y las vivencias diarias de los pacientes confirman que su dolor no está bien manejado en general, y mucho menos en los servicios de urgencias.

Por todo esto, el objetivo del estudio fue describir el manejo del dolor agudo por parte

del personal de salud en los pacientes que asisten a los servicios de urgencias de instituciones hospitalarias y clínicas de las ciudades de Manizales y Armenia, comparándolo con los protocolos y guías de atención de esta patología, aprobadas nacional e internacionalmente. La pregunta de investigación que se planteó es la siguiente: ¿Es adecuado el manejo del dolor agudo en los servicios de urgencias de instituciones de salud, según las guías y protocolos de manejo para esta condición patológica?

Métodos

Diseño: estudio observacional de corte transversal con alcance descriptivo, incluyendo pacientes procedentes de áreas urbanas o rurales que asistieron a consulta a los servicios de urgencias de instituciones de Manizales (SES Hospital Universitario de Caldas, E.S.E. Hospital Departamental Santa Sofía, y Clínica San Marcel) y Armenia (Hospital Universitario San Juan de Dios y Hospital del Sur).

Criterios de inclusión: tener 18 años o más, consultar por dolor agudo (menos de tres meses de evolución) y permanecer en los servicios de urgencias al menos tres horas.

Criterios de exclusión: estado de embarazo, menores de edad, discapacidad intelectual o alteración de la conciencia.

Recolección de la muestra: se diseñó un formulario de recolección de la información del paciente que consultó por dolor agudo a los servicios de urgencias y el manejo médico consultado directamente de la historia clínica, sin incluir preguntas al personal que los atendía ni al paciente. La recolección de la información se realizó en visitas a los servicios de urgencias de, al menos, seis horas de duración en diferentes momentos del día y donde se registró edad, sexo, procedencia, diagnóstico principal, clasificación, localización y tiempo de evolución del dolor; medicamentos tomados antes de llegar a urgencias y registro del quinto signo vital (EVA) en el triage o durante la estadía en el servicio. Se buscó evaluar la intensidad al

ingreso a los servicios de urgencias y su evolución a la hora, a la tercera hora y al egreso; el tipo de medicamentos y el esquema usado para tratamiento del dolor. Se registró, además, el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la aplicación del medicamento analgésico, los medicamentos y esquemas de tratamiento formulados al egreso, y la existencia de protocolos de manejo del dolor.

Análisis estadístico: el análisis estadístico se realizó por medio del programa STATA versión 15.0. Los datos se presentan en forma de tablas de distribución de frecuencias y promedios. Las variables descriptivas se analizaron a través de las pruebas chi-cuadrado, la prueba exacta de Fisher y la t de Student. Se consideraron, además, el p valor < 0.05%, y los intervalos de confianza (IC) del 95% se tomaron como significativos.

Resultados

Una vez fueron recolectados los datos, 260 (85%) pacientes eran de procedencia urbana y 46 (15%) eran de procedencia rural; la edad promedio fue de 44.1 años, 138 (45.1%) eran hombres y 168 (54.9%) eran mujeres. La Tabla 1 muestra la distribución de las variables demográficas.

Tabla 1. Descripción demográfica de la población estudiada.

	n	%
Procedencia		
Urbana	260	85.2
Rural	46	14.8
Género		
Femenino	168	54.9
Masculino	138	45.1
Edad (promedio, IC 95%)	44.4 (IC 95% 42.3 - 46.4)	

Se encontró que los principales motivos de consulta fueron, 103 por trauma (33.6%), 61 por abdomen agudo (20%). En la Tabla 2 se muestran los motivos de consulta ordenados por frecuencia.

Tabla 2. Motivos de consulta al ingreso

Origen del dolor	n	%
Trauma	103	33.7
Dolor abdominal	61	20.0
Dolor osteomuscular y articular	29	9.4
Dolor en vías urinarias	27	8.8
Cefalea	23	7.5
Dolor torácico	18	5.9
Dolor pélvico y/o genital	13	4.2
Dolor neuropático	9	3.0
Dolor en tejidos blandos	9	3.0
Órganos de los sentidos	7	2.3
Dolor oncológico	5	1.6
Quemaduras	2	0.6
Total	306	100%

En la información recogida por los investigadores, de los 306 pacientes ingresados al estudio, el 93.5% consultaron por dolor agudo y el 6.5% por reagudización del dolor crónico. El médico clasificó el dolor en agudo o crónico reagudizado en 44 pacientes (14.4%) y a 262 pacientes (85.6%) no se les consignó este dato en la historia clínica. En la Tabla 3 se muestra la clasificación del tipo de dolor consignada en la historia clínica.

Tabla 3. Clasificación del dolor en la historia clínica

Clasificación del dolor	n	%
Somático	102	33.3
Visceral	63	20.6
Neuropático	8	2.6
Oncológico	5	1.6
Otro	1	0.3
No lo definió	127	41.5
Total	306	100

De los datos tomados de la historia clínica, se pueden sustraer los siguientes: el registro de la intensidad del dolor, que los investigadores reconocieron como EVA, solo fue anotado en el 65% (199) de los pacientes. El tiempo de duración del dolor al llegar a urgencias se registró en proporción al tiempo de evolución, siendo clasificado en menor de un día, de 1 a 29 días, de 30 a 89 días y mayor de 90 días. El

tiempo promedio entre el ingreso a urgencias, atención del paciente (triage) y la administración del medicamento analgésico fue de 60.2 min (IC 95% 54.4 – 66.0) y el tiempo de estancia en los servicios de urgencias tuvo una media de 7.5 horas, con un rango intercuartil (4 – 24 horas). La evaluación del EVA registrada en los formularios fue hecha por los encuestadores. Esta escala no fue utilizada prácticamente en ninguno de los servicios por el médico tratante (Tabla 4).

Tabla 4. Registro de datos en la historia clínica

¿El médico registró la EVA en la historia clínica?	n	%
Sí	199	65
No	107	35
Total	306	100
Duración del dolor	n	%
<1 día	176	57.5
1-29 días	108	35.3
30-89 días	12	4.0
≥90 días	10	3.2
Total	306	100
Número de medicamentos ingeridos al llegar a urgencias	n	%
0	159	52.0
1	94	30.7
2	34	11.1
3	15	4.9
4	4	1.3
Total	306	100

De los 306 pacientes, 159 (52%) no tomaban ningún medicamento al llegar a urgencias, 94 (30.7%) tomaban un analgésico, y 53 (17.3%) tomaban más de un medicamento. Al llegar a urgencias, 81 (26.6%) pacientes tomaban acetaminofén, 62 (20.2%) al menos un AINE, y entre ellos los más usados fueron, ibuprofeno y diclofenaco; 23 (7.5%) tomaban al menos un opioide débil y los más usados fueron el tramadol y la codeína; 4 (1.3%) tomaban al menos un opioide fuerte: la morfina, y 40 (13%) tomaban al menos un adyuvante, los más usados fueron los antiespasmódicos y los neuromoduladores; 34 (11.2%) de los pacientes tomaban una combinación de dos medicamentos y 19 (6.3%)

tomaban una combinación de tres o cuatro medicamentos (Tabla 4).

La vía de administración más utilizada fue la intravenosa en 194 (69.3%) de los pacientes, seguida por la intramuscular en 33 (11.7%) de los casos y la combinación de la vía intravenosa con la vía intramuscular en 15 (5.4%) de los casos. La vía oral se usó en 7 (2.4%) de los pacientes. En 31 (11%) de los casos se usó otra vía diferente a las mencionadas.

En las tablas siguientes, 5 (A,B,C), se describen los cambios de la intensidad del dolor al ingreso, a las tres horas y al egreso del servicio y se hace un seguimiento de la característica de cada intensidad con relación a esos tiempos.

Al ingreso al servicio, 191 (62.4%) de los pacientes presentaban un dolor de intensidad severa, 102 (33.3%) ingresaban con dolor de intensidad moderada y 13 (4.3%) ingresaron con dolor de intensidad leve. Una vez transcurrida una hora, solo a 6 (1.9%) pacientes se les había quitado el dolor, 47 (15.4%) tenían dolor leve, 154 (50.3%) tenían dolor moderado y 99 (32.4%) continuaban con dolor severo (Tabla 5A). Transcurridas tres horas, 16 (5.2%) de los pacientes no tenían dolor, 179 (58.5%) tenían dolor leve, 78 (25.5%) tenían dolor moderado y 17 (5.6%) tenían dolor severo (Tabla 5C).

12 pacientes (3.9%) fueron tratados con un opioide fuerte, entre ellos los más frecuentes fueron morfina e hidromorfona, 54 (17.6%) fueron tratados con un opioide débil: tramadol; 74 (24.1%) fueron tratados con AINE; los más usados fueron diclofenaco y naproxeno; 161 (52.6%) fueron tratados con analgésicos, la dipirona y el acetaminofén fueron los más usados. La Tabla 6 describe los medicamentos usados en los servicios de urgencias.

Tabla 5. Evolución del dolor

5A – Dolor al ingreso vs. dolor a la hora			
Dolor al ingreso	Dolor a la hora	n	%
Leve (n: 13 – 4.3%)	Ausente	4	30.7
	Leve	9	69.3
	Moderado	0	0
	Severo	0	0
Moderado (n: 102 – 33.3%)	Ausente	1	0.9
	Leve	29	28.5
	Moderado	63	61.8
	Severo	9	8.8
Severo (n: 191 – 62.4%)	Ausente	1	0.6
	Leve	9	4.7
	Moderado	91	47.6
	Severo	90	47.1
5B - Dolor a la hora vs. dolor a las 3 horas			
Dolor a la hora		n	%
Ausente (n: 6 – 1.9%)	Ausente	5	83.4
	Leve	1	16.6
	Moderado	0	0
	Severo	0	0
Leve (n: 47 – 15.4%)	Ausente	4	8.5
	Leve	41	87.2
	Moderado	2	4.3
	Severo	0	0
Moderado (n: 154 – 50.3%)	Ausente	6	3.9
	Leve	66	42.8
	Moderado	81	52.6
	Severo	1	0.7
Severo (n: 99 – 32.4%)	Ausente	1	1.1
	Leve	15	15.1
	Moderado	48	48.5
	Severo	35	35.3
5C – Dolor a las 3 horas vs. dolor al egreso			
Dolor a las 3 horas		n	%
Ausente (n: 16 – 5.2%)	Ausente	16	100
	Leve	0	0
	Moderado	0	0
	Severo	0	0
Leve (n: 123 – 40.2%)	Ausente	6	4.8
	Leve	111	90.2
	Moderado	4	3.2
	Severo	2	1.8
Moderado (n: 131 – 42.8%)	Ausente	9	6.8
	Leve	55	41.9
	Moderado	64	48.8
	Severo	3	2.5
Severo (n: 36 – 11.8%)	Ausente	1	2.8
	Leve	13	36.1
	Moderado	10	27.8
	Severo	12	33.3

Tabla 6. Medicamentos utilizados en urgencias

Medicamentos	n	%
Opioides fuertes		
Hidromorfona	2	0.65
Hidromorfona + fentanyl	1	0.32
Morfina	8	2.61
Oxicodona	1	0.32
Total	12	3.90
Opioide débil		
Tramadol	54	17.60
AINE		
Diclofenaco	70	22.9
Diclofenaco + naproxeno	1	0.32
Naproxeno	3	0.98
Total	74	24.18
Analgésicos		
Acetaminofén	4	1.30
Acetaminofén + dipirona	16	5.22
Dipirona	141	46.1
Total	161	52.6
Esteroides		
Dexametasona	25	8.16
Hidrocortisona	2	0.65
Total	27	8.8
Otros medicamentos		
Anestésico local	4	1.30
Antiespasmódico	59	19.2
Antiespasmódico + metoclopramida	5	1.60
Haloperidol	1	0.32
Metoclopramida	5	1.60
Relajante muscular	1	0.32
Total	75	24.5

De los 280 pacientes que fueron tratados con medicamentos, el uso de técnicas de rescate solo se dio en 15 (5,4%) de los casos. Del total de la muestra, 26 (8,2%) no recibieron ningún tipo de tratamiento para el dolor y, de estos, en el 36% no se justificó la razón del no uso en la historia clínica, y en el 64% se encontraban justificadas por la necesidad de valoración por el servicio de cirugía en personas con abdomen agudo o el requerimiento de algún estudio o imagen previa para iniciar tratamiento.

Al egreso, de los 306 pacientes, a 44 (14,4%) no se les formuló ningún medicamento, y a 262 (85.6%) se les envió al menos un medicamento. Del total de pacientes que salieron con formulación, a 115 (37,5%) se les prescribió, como mínimo, un AINE al egreso, a 132 (43,2%) acetaminofén, a 5 (1,6%) al menos un opioide fuerte, a 29 (9,5%) al menos un opioide débil, a 50 (16,3%) un antiespasmódico, a 10 (3,3%) al menos un neuromodulador, a 6 (1,9%) al menos un esteroide; y a 8 (2,6%) otro medicamento. Hay que destacar que 72 (23,5%) de los pacientes salieron formulados con una combinación de tres o más de los medicamentos ya mencionados.

Discusión

Los 'Protocolos clínicos' y las 'Guías para la práctica clínica' son, en la actualidad, un tema de relevancia para los profesionales de la salud en la concepción de una atención médica moderna para las diferentes patologías y en la cultura de la atención en salud. Se reconoce progresivamente la importancia de la normalización basada en la evidencia científica disponible [15,16]. Siendo el manejo de guías y protocolos de patologías médicas una tendencia mundial, operativizando las evidencias en la práctica diaria del cuidado del paciente; destinadas a crear un enfoque integral o un plan para el cuidado. Son, a la vez, un enfoque de comunicación interdisciplinaria, colaboración y trabajo en equipo que mejora la coordinación de la atención [2,5,7,14]. En Colombia, esta cultura se ha fortalecido a través del desarrollo de protocolos y guías desde el Ministerio de Salud y Seguridad Social, pero mucho más importante ha sido el esfuerzo institucional e individual de las sociedades científicas para desarrollarlos, orientados a la calidad de la atención y a la seguridad del paciente. En el campo del manejo del dolor, la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED) las ha promovido mediante diferentes publicaciones; en este sentido, se debe destacar el programa 'Bogotá sin dolor' liderado por la Dra. Patricia Abella,

directora de la Clínica del Dolor del Hospital El Tunal, certificado como el primer hospital sin dolor en Colombia, hace más de 25 años [2].

En las instituciones en las cuales se desarrolló la investigación, los médicos desconocían la existencia o no usaban las guías o protocolos para el manejo del dolor, lo que lleva a que los profesionales intervinientes en la atención lo manejen según sus criterios particulares, y esta condición se hace más crítica cuando, con el correr de las horas, cambia el personal médico y de enfermería y se aplica un nuevo criterio individual.

Es reconocido modernamente que una adecuada evaluación del dolor al llegar a los servicios de urgencias, es fundamental para favorecer un apropiado tratamiento y un buen resultado final al egreso de la institución. Por lo tanto, la medición de la intensidad del dolor debe considerarse como un signo vital tan importante como cualquier otro; a esta estrategia se la ha reconocido como el 'quinto signo vital' [1,17], el cual debe registrarse en la historia clínica para la evaluación al inicio del ingreso y su evolución en el tiempo de permanencia del paciente en el servicio. En el estudio se presentó una muy baja evaluación de la intensidad del dolor y menos de la EVA, así mismo, los métodos de medición de los médicos y enfermeras fueron inadecuados o subjetivos. El concepto de que "al paciente hay que creerle", por ser ellos la única instancia para evaluar la intensidad de su propio dolor, no sé evidenció en el estudio, pues en la recolección de la información esa definición fue asumida por los investigadores con el fin de evaluar la evolución del dolor durante la permanencia en el servicio.

La clasificación del dolor es otro de los aspectos fundamentales para su manejo. Precisar si se trata de un dolor nociceptivo, neuropático o mixto (somático, visceral oncológico, etc.), definirá la conducta a seguir en diferentes aspectos tales como exámenes paraclínicos, imagenología, interconsultas, manejo intrahospitalario o ambulatorio y, lo más importante, el

tipo de medicamentos a usar para su control, y la forma y vía de administración. Es igualmente decisivo y válido, para cualquier tipo de dolor, la definición de la intensidad, si es agudo, crónico o la agudización de uno crónico, pues ello condicionará la intervención terapéutica que exige una acción rápida para el control del dolor, el bienestar del paciente, la calidad de vida y el control de la posibilidad de la cronificación del dolor.

La no caracterización del dolor y la no definición de su intensidad, deja al azar las conductas a seguir con el paciente y no permite una acción interdisciplinaria fundamentada de las conductas en los servicios de urgencias, y deja a los actores intervinientes en la patología del paciente (médicos, enfermeras) a la voluntad y conocimiento individual, por lo general muy variable. El que solo se hubiera definido el tipo de dolor en el 14.4% de los pacientes y el que no se clasificara la intensidad, deja muchas incógnitas en el manejo del dolor en las instituciones involucradas en el estudio, que si bien presentan algunas diferencias no contempladas en la planificación de la investigación, obligan a buscar cambios de estrategias en la atención de los pacientes con dolor en general y agudo en particular.

La distribución demográfica no muestra características especiales diferentes con relación a las instituciones incluidas en el estudio que son de tercer y cuarto nivel, a pesar de que los pacientes pueden estar relativamente filtrados en instituciones de atención primaria y de segundo nivel de relativo buen desarrollo en las regiones donde se ubican. Las causas de consulta no difieren en relación con los motivos de investigaciones a nivel nacional [1], pero que el 15% no lo tenga, deja ver un aspecto importante del manejo del dolor, pues desconocer la causa deja incertidumbres sobre las decisiones a tomar en su manejo.

En el estudio se observó que la evaluación del dolor, en la mayoría de los pacientes, continuaba con la misma intensidad que en la

primera hora, lo que puede deberse a la oportunidad en la administración del medicamento, la cual se realizaba aproximadamente una hora después del ingreso, lo que puede deberse a la relación entre el volumen de pacientes atendidos y la cantidad de personal disponible para atenderlos, hecho que evidencia la desproporción entre la oferta y demanda; el tiempo entre el momento de la atención inicial y la administración del medicamento fue de 60.2 min (IC 95% 54.4 – 66.0). Comparando el cambio de la intensidad del dolor a la primera con la tercera hora se evidenció que un gran porcentaje de los pacientes que estaban en moderado y severo, modulaban el dolor, mientras que otro gran porcentaje permanecía sin cambios en su intensidad, esto puede atribuirse a que al 41,5% de los pacientes no se les definió el tipo de dolor, lo que afecta la elección de su manejo farmacológico y su pronóstico con relación al tiempo. En lo que toca con el egreso, solo una pequeña cantidad de pacientes (10,4%) lograron controlar el dolor, pues en su mayoría egresaban con dolor leve a moderado, siendo más prevalente el dolor de intensidad leve (58.5%) seguido del moderado (25,5%) en dichos pacientes, hecho que seguramente impacta la satisfacción en el manejo terapéutico dado. Resultados similares son descritos por Daoust et al. en Montreal [18].

Se presentó limitación en el momento de preguntar sobre el dolor al egreso, ya que se realizó vía telefónica y los datos obtenidos no se recogieron en el momento inmediato del egreso de muchos de los pacientes, lo cual afecta la objetividad de la EVA registrada.

Los aspectos a analizar en la investigación se basaron en las normas reconocidas para el manejo de pacientes con dolor en los servicios de urgencias, normas que se plasmaron en el formulario para la recolección de la información y que incluía los siguientes aspectos: atención a protocolos o guías de manejo [7,14,19,20], clasificación del dolor como visión para orientar la medicación a aplicar, la definición del grado

de dolor del paciente medido básicamente con la EVA y el registro del 'quinto signo vital' (el grado de dolor) en la historia clínica [7,20]. Para la formulación de los pacientes con analgésicos o adyuvantes se buscaba identificar fundamentalmente cuatro estrategias: 1) analgesia multimodal, entendida como el uso de varios medicamentos de diferentes características farmacológicas para favorecer la potenciación del efecto analgésico y reducir los efectos secundarios [21]; 2) administración por horario, con base en la farmacodinámica de cada medicamento, formularla racionalmente [2,21,22]; 3) titulación, especialmente en el dolor severo-agudo con medicamentos opioides potentes para controlarlo [2]; 4) ascensor analgésico, modificando la estrategia de la 'Escalera de dolor' de la Organización Mundial de la Salud (OMS), iniciando por los 'pisos' superiores y bajando por la escalera en la búsqueda del mejor control del dolor del paciente [2,16,22]. El uso de todas o de algunas de las estrategias de analgesia en urgencia no se evidenciaron en la investigación y el patrón de manejo fue una posición subjetiva e individual de cada actor de la atención en urgencias.

En cuanto a la formulación propiamente dicha de los medicamentos, se buscó identificar el tipo usado para el control del dolor por los profesionales de las instituciones incluidas, particularmente los tiempos para la aplicación durante la permanencia en el servicio; igualmente, identificar el tipo de medicación para el manejo posterior del paciente luego de darse de alta.

Se reconoce la limitación por tratarse de un estudio descriptivo realizado en solo cinco instituciones de salud de Manizales y Armenia, y puede no reflejar la realidad de otros centros del Eje Cafetero.

Conclusión

En el manejo del dolor en los servicios de urgencias de las instituciones involucradas en la investigación, prevalece la posición individual

de los actores, sin identificarse un criterio institucional, lo que lleva a resultados irregulares en el control del dolor en general o agudo en particular. La inexistencia de protocolos o guías de manejo deja a cada profesional en libertad de manejar el dolor del paciente a su criterio, lo que, de nuevo, lleva a resultados irregulares en la condición dolorosa del paciente. La no clasificación de la intensidad del dolor, del tipo de dolor y el bajo registro de la localización de este, deja serias dudas sobre un adecuado manejo del dolor y, a la vez, permite ver fallas en el conocimiento y en la educación de los actores en el tema, pues si ello es adecuado, estos aspectos se convierten en indispensables en el juicio clínico y en el manejo de la patología.

Declaración ética

El estudio fue aprobado por los comités de ética de la Universidad de Caldas y de la Universidad del Quindío y por los comités de ética e investigaciones de cada uno de los

centros asistenciales participantes. El estudio se desarrolló de acuerdo con la declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio (1975), Venecia (1983) y Hong Kong (1989). Además, se tuvo en cuenta la Resolución colombiana N.º 008430 del 4 de octubre de 1993, que establece las normas para la investigación en salud. La propuesta se clasificó en la categoría de 'investigación con un riesgo mínimo'. Antes de iniciar el estudio, cada paciente firmó un consentimiento informado y ninguno de los datos personales de los sujetos participantes se revela.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación

No hubo financiación externa del estudio, este se realizó con recursos propios.

Referencias

1. Shipton EA. The transition of acute postoperative pain to chronic pain: part 2 – Limiting the transition. Trends Anaesth Crit Care. 2014;4:71-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2014.04.002>
2. Abella Palacios P, Gómez López MP. Ruta para el manejo del dolor agudo. En: Abella Palacios P, editora. Manual de rutas clínicas de dolor. 2.ª ed. Bogotá: Alcaldía de Bogotá; 2019. p. 20-60. Disponible en: https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos_I/Manual_Rutas_C_Dolor.pdf
3. Guerrero Liñeiro AM, Gómez López MP. VIII Estudio Nacional de Dolor 2014. Prevalencia del dolor crónico en Colombia. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor; 2014. 44 p. Disponible en: <http://fedelat.com/wp-content/uploads/2018/03/139-1.pdf>
4. Gálvez-Pineda PM, Mora Castillo DP, García Casallas JC. Guía de tratamiento farmacológico del dolor agudo en el servicio de urgencias. Rev Sal Bosque. 2015;3(1):37-48. Disponible en: <https://doi.org/10.18270/rsb.v3i1.49>
5. Hwang U, Belland L, Handel D, Yadav K, Heard K, Rivera-Reyes L, et al. Is all pain is treated equally? A multi-center evaluation of acute pain care by age. Pain. 2014;155(12):2568-2574. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.017>
6. Abiuso N, Santelices JL, Quezada R. Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia. Rev Méd Clínica Las Condes. 2017;28(2):248-260. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.012>
7. Motov SM, Khan AN. Problems and barriers of pain management in the emergency department: are we ever going to get better? J Pain Res. 2009;2:5-11. Disponible en: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=4029>
8. Rupp T, Delaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. Ann Emerg Med. 2004;43(4):494-503. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2003.11.019>
9. 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(6):460-466. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.12.005>

10. Ricard-Hibon A, Chollet C, Saada S, Loridant B, Marty J. A quality control program for acute pain management in emergency medicine. *An Emerg Med*. 1999;34(6):738-744. DOI:10.1016/s0196-0644(99)70099-5
11. Gilron I, Carr DB, Desjardins PJ, Kehlet H. Current methods and challenges for acute pain clinical trials. *Pain Rep*. 2018;4(3):e647. Disponible en: [https://doi.org/ 10.1097/PR9.0000000000000647](https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000647)
12. Lee P, Le Saux M, Siegel R, Goyal M, Chen C, Ma Y, et al. Racial and ethnic disparities in the management of acute pain in US emergency departments: meta-analysis and systematic review. *Am J Emerg Med*. 2019;37(9):1770-1777. Disponible en: [https://doi.org/ 10.1016/j.ajem.2019.06.014](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.06.014)
13. Stephan FP, Nickel CH, Martin JS, Grether D, Delpont-Lehnen K, Bingisser R. Pain in the emergency department: adherence to an implemented treatment protocol. *Swiss Med Wkly*. 2010;140(23-24):341-347. Disponible en: <https://doi.org/10.4414/smw.2010.12975>
14. Patrick PA, Rosenthal BM, Iezzi CA, Brand DA. Timely pain management in the emergency department. *J Emerg Med*. 2015;48:267-273. DOI: 10.1016/j.jemermed.2014.09.009
15. Correa J, Abella-Palacios P. Unidades del dolor del siglo XXI. ¿Protocolos de consenso o medicina basada en la evidencia? *Pers Bioét*. 2018;22(1):29-38. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v22n1/0123-3122-pebi-22-01-00029.pdf>
16. López JF. Dolor: el quinto signo vital. Génesis, forma y medida. *Rev Med Risaralda*. 2001;7(1). Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/8271>
17. Grass JA. Patient-controlled analgesia. *Anesth Analg*. 2005;101(5 Suppl):S44-S61. Disponible en: <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000177102.11682.20>
18. Daoust R, Paquet J, Cournoyer A, Piette É, Morris J, Lessard J, et al. Acute pain resolution after an emergency department visit: a 14-day trajectory analysis. *Ann Emerg Med*. 2019;74(2):224-232. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2019.01.019
19. Guerrero M, Abella P, Cadavid A, Bonilla A, Miranda N, Guerra C. et al. Recomendaciones para el manejo del dolor agudo perioperatorio en adultos. En: *Dolor agudo y postoperatorio*. Fernández CF, Gómez MP, editores. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor. Bogotá. 2011. p. 19-70. Disponible en: <https://dolor.org.co/biblioteca/libros/Dolor%20Agudo%20y%20Postoperatorio.pdf>
20. Gritsenko K, Khelemsky Y, Kaye AD, Vadivelu N, Urman RD. Multimodal therapy in perioperative analgesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2014;28(1):59-79. DOI: 10.1016/j.bpa.2014.03.001
21. Kapoor S, White J, Thorn BE, Block P. Patients presenting to the emergency department with acute pain: the significant role of pain catastrophizing and state anxiety. *Pain Med*. 2016;17(6):1069-1078. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/pm/pnv034>
22. Todd KH, Miner JR. Pain in the emergency room. En: Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, editores. *Bonica's Management of Pain*, 4th ed. Philadelphia, BA: Lippincott, Williams and Wilkins. 2010. p. 1576-1587.

