

# Manejo del dolor agudo en adultos en el Servicio de Emergencias del Centro Médico Bautista, 2021

## Management of acute pain in adults in the Emergency Service of the Baptist Medical Center, 2021

Carlos Alfredo Britos G.<sup>1</sup> Víctor Manuel Cena<sup>2</sup>

1. Egresado de la Licenciatura en Emergencias UCMB

\*Autor de correspondencia: captainbritos@gmail.com

2. Docente y tutor de tesis. Licenciatura en Emergencias UCMB

### Resumen

El dolor se define como “una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño”. Desde el punto de vista ético, aliviar el dolor es un derecho del ser humano y una obligación de los profesionales sanitarios. El objetivo general fue describir los métodos utilizados para el manejo del dolor agudo en adultos en el Servicio de Emergencias del Centro Médico Bautista, de Asunción. El diseño fue observacional, enfoque cuali-cuantitativo, tipo de estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. La población de estudio fue conformada por profesionales médicos y licenciadas del Servicio. Se tomó la totalidad de profesionales del servicio como muestra, de 17 personas de los turnos mañana y tarde. El muestreo fue no probabilístico, casual/por conveniencia. La técnica para la recolección de datos fue la entrevista a profundidad, revisión de fichas clínicas y observaciones directas de los procedimientos. Los métodos utilizados para el manejo del dolor agudo en adultos en el Servicio de Urgencias del Centro Médico Bautista son principalmente farmacológicos y están basados en las recomendaciones internacionalmente reconocidas. Los profesionales mencionaron la falta de actividades de capacitación en el tema de evaluación y manejo del dolor. También mencionaron que, debido a la sobrecarga laboral, no disponen del tiempo necesario para asistir a capacitaciones. Se sugiere, ya que gran parte de los pacientes refieren algún tipo de dolor, agregar un ítem en la hoja de Emergencias donde figure la escala EVA (Escala Visual Analógica) de dolor. La evaluación y manejo del dolor deben ser incluidos en los cursos de educación continua tanto de médicos como, enfermeras.

**Palabras clave:** capacitación, dolor agudo, emergencias, protocolos.

### ABSTRACT

Pain is defined as “an unpleasant sensory or emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage”. From an ethical point of view, relieving pain is a right of the human being and an obligation of the health care professionals. The general objective of the study was to describe the methods used for the management of acute pain in Adults at the Emergency Service of the Baptist Medical Center, in Asuncion. The design was observational, of qualitative - quantitative approach, descriptive type, cross-sectional and retrospective research. The population of the study consisted of medical professionals and Nurses of the Emergency Room. All service health care workers out of 16 professionals from the morning and afternoon shifts were taken as a sample. The sampling was non-probabilistic, casual/for convenience. The technique for data collection was the in-depth interview, review of clinical records and direct observations of the procedures. Methods used for acute pain management in adults at the Emergency Department of the Baptist Medical Center are mainly pharmacological and are based on internationally accepted recommendations. The professionals mentioned the lack of training activities on the topic of pain assessment and management. They also mentioned that, due to work overload, they do not have the time needed to attend training. It is suggested, since a large part of patients report some type of pain, to add an item on the Emergency data sheet where the VAS (Visual Analogue Scale) of pain appears. Pain assessment and management should be included in pain management courses of continuing medical education (CME) for both doctors and nurses.

**Keywords:** acute pain, emergencies, protocols, training.

### Introducción

Desde el inicio de la profesión, los profesionales de salud han cuidado a las personas en todas las etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, y los cuidados se han dispensado en base a los conocimientos de la época y muchas veces de forma intuitiva y sin base científica; con el paso de los años esta situación ha ido cambiando y los profesionales han ido modificando los cuidados en base a las experiencias, los conocimientos científicos. Hoy en día, la atención médica se basa en evidencias, y en muchos casos, la inmediatez impone una atención casi desprovista de humanidad.

El dolor fue definido por la International Association for the Study of Pain (IASP) como “una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño”. Está ampliamente estudiado que las intervenciones de personal paramédico son imprescindibles en el alivio de este síntoma (1). Desde el punto de vista ético, aliviar el dolor es un derecho del ser humano y una obligación de los profesionales sanitarios, según la declaración de Ginebra, adoptada por la Asociación Médica Mundial en Suiza en setiembre de 1948 y enmendada por la 22<sup>a</sup> Asamblea Médica Mundial de Sídney, Australia en agosto de 1983 y por la 35<sup>a</sup> de 1986, la 46<sup>a</sup> en Estocolmo en 1994. (2)

Desde un punto de vista jurídico, la legislación internacional en materia de derechos humanos obliga a los Estados firmantes a proteger con todos los recursos a su alcance los derechos que la misma garantiza, sin establecer expresamente el derecho a un alivio adecuado del dolor. Sin embargo, el derecho a la salud lleva implícito el derecho a un adecuado tratamiento del dolor. La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que el alivio del dolor es un derecho fundamental y que incurre en una falta grave de ética aquel profesional de la salud que impida a un ser humano el acceso a la posibilidad de alivio del mismo y ha dictado los criterios indispensables para un buen control del dolor, entre los que recoge la adecuada formación de los profesionales de la salud y la disponibilidad de fármacos para el tratamiento del dolor. (3)

En 1982 al considerar el dolor un problema de

salud pública, la OMS diseñó un método efectivo y sencillo para el manejo del dolor denominado “La Escalera Analgésica”. Esta consiste en utilizar analgésicos de acuerdo a la intensidad del dolor: a medida que el dolor aumenta, se aumenta también la potencia del analgésico hasta llegar a los opioides potentes. Se estima que un alto porcentaje de los pacientes con dolor puede tener alivio si se trata siguiendo estas recomendaciones. (4)

En Paraguay, el alivio del dolor debería ser una realidad protocolizada y que se maneje de conformidad a estándares internacionalmente aceptados y regulados por colegiados médicos locales. Debemos hacer más accesible el tratamiento del dolor para todos, y la posibilidad de proveer los medicamentos controlados casi inexistentes fuera de las grandes ciudades del país. Según algunos profesionales médicos consultados en el Área de Urgencias, cada año un gran número de personas acuden a los Servicios de Urgencias y no existen protocolos estandarizados para la evaluación del paciente en la etapa aguda del proceso de su enfermedad o lesión por parte del equipo de salud como parte del Triage (6). Varios estudios internacionales realizados en los últimos años, indican que aún en los casos en los que se trata el dolor, es inadecuado o insuficiente, como lo menciona B. Ferrel, enfermera experta en el tratamiento del dolor, en Ethical Issues, de la AJN- 2000, a menudo habla del efecto “triple-whammy” (término que hace referencia a la combinación de factores de riesgo): el médico prescribe por debajo de lo necesario, las enfermeras administran menos de lo prescrito y los pacientes no comunican todo su dolor. (5)

El problema base de esta investigación la falta de protocolos escritos y validados para todos los procedimientos en el manejo del dolor en las urgencias. Entre la magnitud y la importancia del problema se destaca que es algo que afecta a todo el país y de larga data, comprobado por el autor de este trabajo. Este estudio se llevó a cabo en el Servicio de Urgencias del Centro Médico Bautista de Asunción, con profesionales Médicos, de Enfermería y Paramédicos, en el año 2021. En 1988 se iniciaron los primeros cursos de formación de Técnicos en Emergencias Médicas, y recién en 1995 fueron reconocidos por la autoridad de Salud en el país, pasando a registrarse bajo las normas del Instituto Nacional de Salud del MSP, para finalmente entrar como carrera Técnica Superior en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UCMB y actualmente es una Licenciatura en Emergencias. Los objetivos de la

presente investigación fueron: Describir los métodos utilizados para el manejo del dolor agudo en adultos en el Servicio de Urgencias del Centro Médico Bautista, de Asunción; Identificar cuáles son los parámetros utilizados por los profesionales de urgencias para el manejo del dolor agudo en adultos; indagar acerca del tipo de capacitación que tienen los profesionales en Emergencias en el manejo del dolor; Averiguar sobre protocolos y criterios que existen para el manejo del dolor en los Servicios de Urgencias. Las variables estudiadas fueron: Tipo de intervenciones en el manejo del dolor agudo por profesionales médicos; Tipo de capacitación que tienen los profesionales para el manejo del dolor; Métodos para el manejo del dolor que se utilizan en los Servicios de Urgencias.

## Material y métodos

Esta investigación tiene un diseño observacional, enfoque cualitativo y es un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Describe un conjunto de métodos utilizados en el tratamiento del dolor en el Servicio de Urgencias, de corte transversal (realizada en una sola ocasión, sin seguimiento), retrospectivo (revisión documental a fichas médicas) y así como a la Teoría Fundamentada. (7)

Se tomó como muestra a todos los profesionales de Emergencias del Servicio de Urgencias del Centro Médico Bautista, de los turnos mañana y tarde. El muestreo fue no probabilístico, casual/por conveniencia. El tamaño de la muestra fue 17 personas. El método/técnica utilizada para la recolección de datos en esta investigación cualitativa, fue una entrevista a profundidad, revisión de fichas clínicas y observaciones directas. Se revisaron unidades de análisis por encuentros y de procesos que se realizan de rutina. (7)

Se utilizaron como instrumentos: fichas individuales elaboradas para la observación y entrevistas, como, asimismo, hojas de registro de datos de las historias clínicas revisadas en la sección de archivos. Los datos obtenidos fueron procesados en forma manual y el análisis lo conforman la interpretación y conclusión de cada caso. Siempre según Hernández Sampieri (7), en este tipo de investigación, la recolección de datos y su análisis es casi en paralelo; explorar los datos, imponerles una estructura (organizándolos en unidades y categorías), descubrir los conceptos, categorías, temas y patrones presentes en los datos, comprender en profundidad el contexto que rodea a

los datos, vincular los resultados con el conocimiento disponible y generar una teoría fundamentada en los datos. Se solicitaron los permisos correspondientes y se tuvo la consideración ética requerida para utilizar los datos obtenidos para fines académicos, resguardando la confidencialidad de los entrevistados, así como de las fichas clínicas; siguiendo como guía y norte, los tres principios: -Principio de Respeto: se observó delicadamente las reglas internas del Servicio de Emergencias, y el trato con todos los profesionales y los pacientes fue en todo momento cordial y respetuoso, guardando asimismo la empatía con los que acudían en busca de alivio en su dolor. Respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica. -Principio de Justicia: el mismo comprende el uso racional de los recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, que apunta no solo a los ciudadanos necesarios con base en la dignidad de la persona, sino a las obligaciones de una macrobioética justa de la responsabilidad frente a la vida amenazada. -Principio de beneficencia: Se trata del deber ético de buscar el bien para las personas participantes en una investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones.

## Resultados Cualitativos

### 1. En relación a Parámetros relacionados con dolor clínico

#### A) Entrevista con el Médico, Jefe de Servicio

*“Para dar tratamiento del dolor, me baso en lo aprendido en la Facultad de Medicina, que es básico para todos los tratamientos en función al tipo de dolor, intensidad y antecedentes clínicos del paciente y en base a lo recomendado por las Sociedades Internacionales de Medicina de Emergencia, como la de EE. UU, donde me formé. Hay además muchas consideraciones a tener en cuenta, como edad, antecedentes clínicos, y otros.”*

#### B) Entrevista con el Médico 2

*“Mi tratamiento se basa en criterios sugeridos en los manuales de medicina interna y en los protocolos que se enseñan en la residencia del CMB. Durante la residencia leemos journals de Emergencias con el Jefe del Departamento, y nos actualizamos”.*

### C) Entrevista con el Médico 3

*“El tratamiento del dolor que doy se cimienta en lo básico aprendido en la Facultad, que es partiendo de la escalera del dolor de la OMS, y las recomendaciones de Sociedades Científicas dedicadas al estudio del dolor. En la residencia leemos todo tipo de materiales de trauma con el Jefe”.*

### D) Entrevista con el Médico 4

*“El tratamiento que doy a mis pacientes se basa principalmente en las recomendaciones las Sociedades de Medicina de Emergencia como el ATLS, y de los protocolos de Medicina Interna y del CMB”.*

### E) Entrevista con Médico 5

“Los criterios que aplico para manejo del dolor se basan en los protocolos de Medicina Interna y en recomendaciones de manuales médicos de terapéutica como el de Washington o el de Harrison, y en lo que nos enseñan en la residencia”.

### F) Entrevista con el Médico 6

“Trato a mis pacientes con dolor en base a los criterios aprendidos en la facultad, o sea recomendaciones de la OMS y otros manuales de terapéutica médica y los protocolos que se practican en el CMB. Tenemos un manual de recopilaciones de protocolos de intervenciones en Emergencias”.

### G) Entrevista con el Médico 7, Jefe del turno tarde

“El tratamiento del dolor se basa en la condición clínica del paciente, de sus antecedentes, y conforme a lo recomendado por Protocolos Internacionales de Medicina de Emergencias, como ATLS y el Emergency Medicine Handbook y otros. A veces el tratamiento no es tan simple, como cuando no se quiere enmascarar síntomas hasta la llegada del cirujano, o cuando la condición hemodinámica del paciente es crítica. Algunas veces el alivio solo se da con una combinación de analgésicos y antiinflamatorios”.

### H) Entrevista con el Médico 8

“El dolor se trata según intensidad y patologías existentes del paciente, y según recomendaciones de los manuales de protocolos de urgencia”.

### I) Entrevista con el Médico 9

“Cada paciente es distinto en el manejo de su dolor. Básicamente se debe tener en cuenta el tipo e intensidad de dolor, las causas y comorbilidades”.

### J) Comentarios Generales sobre las entrevistas

Los médicos basan sus tratamientos en recomendaciones de protocolos internacionalmente aceptados por Sociedades Médicas. Partiendo de recomendaciones de manuales de terapéutica médica o de Protocolos Internacionales de Emergencias, nuestros médicos reciben durante su formación una constante supervisión.

## 2. Parámetros relacionados con dolor por Trauma

### A) Entrevista con el Médico 1

“Calmar el dolor con AINES, y si es necesario, recurrir a opiáceos según intensidad y dependiendo del estado hemodinámica. También se usa mucho la combinación de fármacos para dolores más complejos y rebeldes al tratamiento convencional”.

### B) Entrevista con el Médico 2

“Se usa la escalera del dolor, y basado en la estabilidad hemodinámica e intensidad del dolor”.

### C) Entrevista con el Médico 3

“Basado en los antecedentes clínicos de cada paciente, se va escalando desde AINES, Opiáceos y la combinación de drogas”.

### D) Entrevista con el Médico 4

“Dependiendo de la disponibilidad de drogas y de la estabilidad hemodinámica del paciente, se usan AINES o solos o en combinación, en cursos de ATLS se indica el manejo”.

### E) Entrevista con el Médico 5

“Los manuales de terapéutica médica y los protocolos ATLS indican la secuencia en el manejo del dolor, dependiendo de la historia clínica y la intensidad del dolor, mayormente AINES, ya que los opiáceos pueden afectar negativamente en la estabilidad hemodinámica ya resentida por el tipo de trauma”.

### F) Entrevista con el Médico 6

“El dolor en trauma se maneja según recomendaciones de Terapéutica quirúrgica, y basados en el estado hemodinámico del paciente y sus antecedentes clínicos”.

**G) Entrevista con el Médico 7**

“El dolor se debe calmar siempre que exista, y según la intensidad y estabilidad hemodinámica; a veces depende de lo que el cirujano indica. Y a veces se deben usar no sólo los protocolos indicados, sino el buen criterio basado en la experiencia porque cada caso es distinto”.

**H) Entrevista con el Médico 8**

“En el manual de terapéutica de Schwartz se indica las recomendaciones para el uso de analgésicos según tipo e intensidad del dolor. Se recurre a AINES y de última se usan opiáceos. También hay una descripción de tratamientos en los protocolos del CMB”.

**I) Entrevista con el Médico 9**

“En manuales de ATLS y los protocolos de Trauma se indican los analgésicos a utilizarse según tipo de trauma, estabilidad hemodinámica, antecedentes clínicos del paciente”.

**3. Esquema de tratamiento usuales de manejo del dolor en sala de Urgencias.**

**A) Relacionados con G.E.A.:** Sertal, IV diluido en 125ml de SF; solo o en combinación con Dipirona 1g IV o Ketorolac 60mg IV; Ondansetron 8mg IV; Omeprazol 40mg IV

**B) Relacionados con Cefaleas:** 1g hasta 2.6g de Dipirona IV diluida en 125ml de SF; Ketorolac 60mg IV EFco, solos o en combinación. Ondansetron 8mg IV si hay náuseas; y si es de origen TCE primero consulta con neurocirujano.

**C) Relacionados a Traumatismos musculo esqueléticos:** Diclofenac 75mg IV; Ketorolac 60mg IV; Meperidina 10mg a 50mg IV diluido EFco; o Tramadol 25mg a 50mg IV EFco.

**D) Relacionados a IAM (con IMEST o IMSEST),** con estabilidad hemodinámica (PA sistólica  $\geq 90$ mmHg Morfina 2-3mg diluidos 1/10, Ketorolac 30mg SL si PAS  $< 90$ mmHg.

**E) Relacionados a otros tipos de dolor (por neumonía, dolor postoperatorio, etc.),** Dipirona 1 a 2.5g IV EFco, Ketorolac 60mg IV EFco.

**F) Relacionados con litiasis vesicular o renal:** Ketorolac 60mg, Dipirona 1g IV, ondansetron 4mg a 8mg IV; Meperidina 10 a 50mg IV EFco, Buscapina Compositum 2.5g/20mg IV EFco; Morfina diluida 1:10, a 5mg IV o hasta 10mg IM.

**G) Relacionados a Lumbociatalgias o HDL,** Meperidina 10 a 50mg IV; Morfina 1 a 5mg IV o hasta 10mg IM; Diclofenac+Vit complejo B+Dexametasona (Diclofenac Complex), Flexicamin B12 (Dexa+Piroxicam+B6, B12).

**H) Relacionados a Heridas punzocortantes:** Ketorolac 30mg SL, Lidocaína 1 a 2% SC

**Comentarios**

Los Anti Inflamatorios No Esteroides, AINES más utilizados son el Ketorolac, en todas sus formas (VO, SL e inyectable), la Dipirona inyectable y el Diclofenac inyectable. Entre los opiáceos, van desde los más leves como el Tramadol, la Meperidina, hasta la morfina y el Fentanyl. Para los dolores mixtos, se utilizan combinaciones específicas, siendo las más usadas las combinaciones de un esteroide como la Dexametasona y AINES como el Diclofenac y el grupo del complejo B.

**4. Entrevistas con profesionales de Enfermería sobre Evaluación del dolor en pacientes adultos.**

Se entrevistó a 7 (siete) licenciadas/os del turno mañana, con las que se trabajó de cerca durante todo o gran parte de su turno de guardia.

**A) Entrevista con la Licenciada 1, Jefe del Servicio**  
“El médico evalúa al paciente, y nosotras realizamos el tratamiento que él o ella nos indica, ya que nosotros no podemos dar ningún medicamento sin una orden médica. En los casos de pacientes que reciben un tratamiento a mediano o largo plazo, vienen con sus recetas de indicaciones y le damos la medicación”.

**B) Entrevista con la Licenciada 2**  
“Nosotros hacemos las medicaciones siguiendo las indicaciones verbales o escritas del médico”.

**C) Entrevista con la Licenciada 3**  
“Nosotras a veces ayudamos al médico con la evaluación del paciente, y antes de administrar el tratamiento, le contamos al doctor que el paciente refiere que no tolera tal o cual medicación. También informamos

al médico sobre la evolución del paciente con el tratamiento administrado”.

### D) Entrevista con la Licenciada 4

“En todos los casos es el médico quien debe indicar que medicación hacer a los pacientes. Algunas veces nosotras les sugerimos también y ellos aceptan de buen agrado o nos dicen que puede ser contraproducente”.

### E) Entrevista con la Licenciada 5

“A veces el médico está cansado y deja pasar algunos detalles o no los toma en consideración, y nosotras le sugerimos algunas cosas. También somos nosotras las que le indicamos al médico de cómo evoluciona el paciente al tratamiento dado”.

### F) Entrevista con la Licenciada 6

“Nosotras tomamos los datos y se lo pasamos al médico que se encuentra en el servicio en ese momento. Los residentes rotan, así que cada tanto debemos adaptarnos al nuevo que viene por los siguientes tres meses. Ellos deciden sobre el tratamiento o se lo consultan al jefe de turno”.

### G) Entrevista con la Licenciada 7

“Algunas veces, cuando el paciente parece no responder bien al tratamiento, nosotras se lo hacemos saber al médico, y sobre todo los residentes no suelen querer arriesgarse a cambiar su esquema, y si el médico jefe está muy ocupado, el paciente no recibe entiendo el tratamiento de alivio que corresponde. A veces van de alta sin haber solucionado del todo su dolor”.

## Comentarios

Dado que en nuestro medio el personal no-médico solo realiza ciertas preguntas que figuran en la hoja de Emergencias y tienen indicado no profundizar en anamnesis, que corresponde al profesional médico, en las fichas no se registran signos o síntomas otros que signos vitales, vacuna antitetánica, hipertensión o diabetes, y alergias conocidas.

Ni en la hoja de historia clínica (usada para consultas clínicas) ni en la hoja de Emergencias (usada en casos de trauma), figura un ítem para evaluación del dolor. En la hoja clínica el médico registra el motivo de la consulta, y en casos en que el paciente viene por algún tipo de dolor, solo se registra si la consulta es específica por el dolor, no así si el dolor solo es parte

de la dolencia global que lo trae a consulta (ejemplo., en Infarto Agudo de Miocardio, IAM suele haber dolor precordial -si el paciente no es diabético con IAM silente- como parte de la sintomatología general, al igual que en un quemado o en una fractura, y uno de los tratamientos es calmar el dolor, el cual no se mide o no se anota en la hoja, solo el tratamiento instaurado como parte del protocolo).

También influyó en el registro diario de pacientes, el hecho de que cada turno llega al final de su horario laboral cerrando el registro de pacientes atendidos en dicho turno.

Los Licenciados/as en Enfermería del Servicio de Emergencias del Centro Médico Bautista son excelentes profesionales, y se mueven con base a protocolos no escritos instaurados hace muchos años por enfermeras norteamericanas, que se transmiten de generación en generación, y esto no es posible verlo en libros ni folletos: hay que vivirlo.

Se percibe en el ambiente cuando las profesionales más antiguas transmiten enseñanzas y corrigen errores de las más nuevas, trasuntando los límites del mero trabajo por un salario.

## 5. Resultados de la revisión documental sobre protocolos y criterios para el manejo del dolor en Urgencias

El Centro Médico Bautista publicó, para su uso interno, un manual denominado “NORMAS Y PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS” (ver figura en anexos), basado en la recopilación de trabajos presentados por los residentes de Medicina Familiar durante su rotación en el servicio, desde el año 2006, y basados principalmente en los manuales “Emergency Medicine”, del American College of Emergency Physicians; Manual de ATLS (Advanced Trauma Life Support”, del American College of Surgeons; Manual de Terapéutica Médica de Harrison; Manual de Terapéutica Pediátrica de John Graeff; Manual de ACLS de la American Heart Association; Manual de Terapéutica Médica de Washington, y otros. En el servicio se cuenta con una pequeña biblioteca de referencia rápida, y los médicos residentes realizan su práctica médica bajo la supervisión de un médico senior, y el tiempo de pasantía requiere de la presentación de estudios de casos, así como de trabajos de investigación.

El citado Manual de Normas y Procedimientos no está incluido en las referencias bibliográficas, ya que es un folleto de uso interno, no está formalmente

foliado ni referenciado y no tiene nombre del o los autores.

Se ha notado que, en las entrevistas, los médicos residentes dejaron entrever que los cirujanos dejan a criterio de los anestesiólogos el manejo del dolor durante el acto quirúrgico, pero en sus indicaciones para cuidados pos-operatorios a veces no indican nada para el dolor, siendo la enfermera la que llama al resi-

dente de sala y éste al cirujano tratante, lo que a veces retrasa el alivio del dolor del paciente operado. Otros cirujanos indican “alivio del dolor PRN”, con lo que se vuelve al esquema de “enfermera avisa al residente de sala que el paciente se queja de dolor, médico residente indica un fármaco de manera muy conservadora, o consulta primero al médico de cabecera o tratante”.

Figura 1  
Flujograma de atención al paciente a su ingreso en el Servicio de Emergencias.



Fuente: Observación del autor de procedimientos en la sala de Emergencias, 2021

Existe una organización formal y sistemática para la atención de los pacientes que consultan en el servicio de Emergencias del CMB.

Figura 2

Flujograma de atención médica de los pacientes, según gravedad y etiología

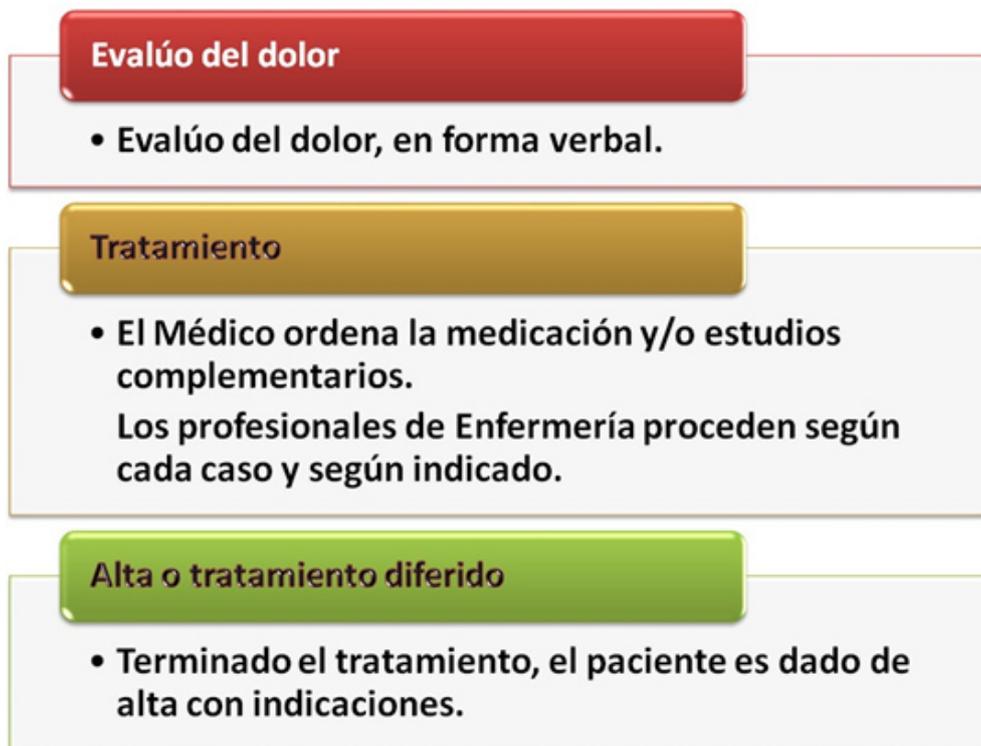


Fuente: Elaboración del autor según observación de procedimientos. Asunción, 2021

Los profesionales médicos actúan siguiendo el protocolo interno del servicio, y el método de trabajo es el del TEAMWORK con los demás profesionales médicos y enfermeras.

Figura 3

Esquema de evaluación y tratamiento del dolor en el Servicio de Emergencias.



Fuente: Elaboración del autor según observación de procedimientos. Asunción, 2021  
Los profesionales médicos actúan siguiendo el protocolo interno del servicio.

Resultados cuantitativos

Gráfico 1

Frecuencia de atención a pacientes con dolor en el Servicio de Emergencias, según profesionales de Enfermería, año 2021

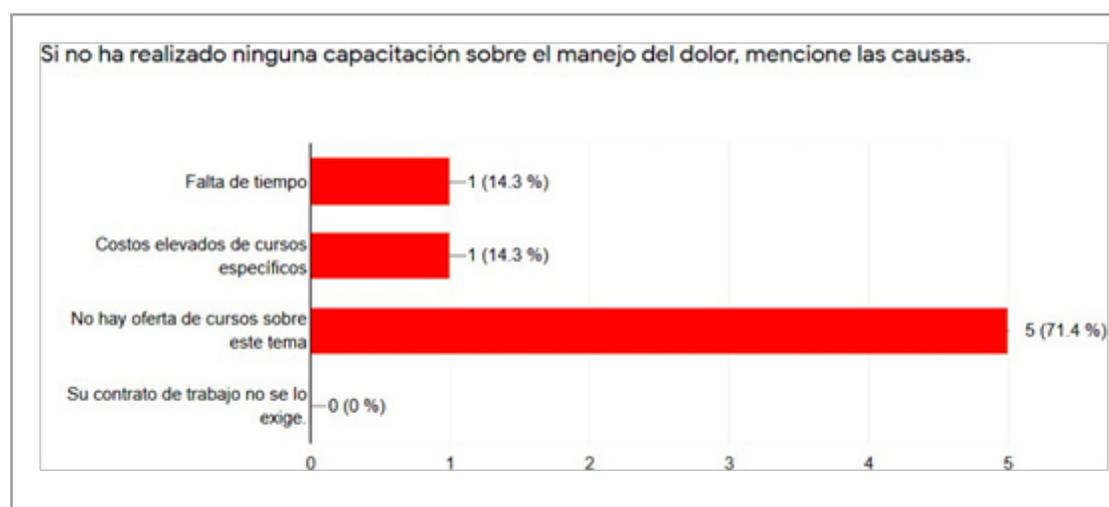


Fuente: Datos obtenidos por autor, Asunción 2021

Según los siete profesionales de Enfermería que cubren el turno mañana del Servicio de Emergencias del CMB, el 42,9 % dice que frecuentemente atienden a pacientes que acuden por dolor, mientras que una cifra similar asegura que atiende a pacientes que consultan por dolor.

Gráfico 2

Capacitación de profesionales de Enfermería en el manejo del dolor en el Servicio de Emergencias. CMB, año 2021



Fuente: Datos obtenidos por el autor. Asunción, 2021

Gráfico 3

Evaluación del dolor en función a la disminución de complicaciones y mejora de la calidad de vida.

Es necesario evaluar el dolor porque una evaluación correcta se asocia a un buen tratamiento posterior. Una adecuada evaluación, un buen manejo y una correcta interpretación del dolor disminuye las complicaciones e incrementa la calidad de vida y la satisfacción del paciente.

7 respuestas



Fuente: Entrevistas del autor a profesionales de Enfermería en la sala de Emergencias, CMB2021, datos obtenidos por el autor. Asunción, 2021

La totalidad de los profesionales de Enfermería que cubren el turno mañana del Servicio de Emergencias del CMB, dicen que un buen manejo y adecuada evaluación del dolor en el servicio de urgencias, disminuye las complicaciones y mejora la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes.

Gráfico 4

Método de evaluación del dolor utilizado por los profesionales de Enfermería en el Servicio de Urgencias



Fuente: Datos obtenidos por el autor. Asunción, 2021

El 57 % de los profesionales de Enfermería que cubren el turno mañana del Servicio de Emergencias del CMB, dicen que sólo se limitan a llenar el formulario de consulta según rutina, el 28,6 % dice algunas veces interrogan sobre el dolor, y el 14,3 % solo pregunta el motivo de consulta, no sobre la intensidad del dolor.

### Discusión

Los métodos utilizados para el manejo del dolor agudo en adultos en el Servicio de Urgencias del Centro Médico Bautista, son principalmente farma-

cológicos, y basados en las recomendaciones científicas internacionalmente reconocidas y se adaptan a estándares internacionales. (6,8)

Los profesionales médicos que trabajan en el Servicio de Emergencias basan sus criterios de manejo en la experiencia adquirida mediante cursos y congresos

internacionales, y en preceptos transmitidos durante la residencia en el CMB, debido a que su enfoque multidisciplinario en Medicina Familiar les ofrece un amplio panorama de las emergencias en todas las especialidades.

Si bien el servicio cuenta con un “Manual de Normas y Procedimientos en Emergencias”, fruto del trabajo de recopilaciones de remesas anteriores de médicos que rotaban por el servicio, el citado material no ha sido actualizado en los últimos años, acorde a los estándares de la medicina moderna basada en la evidencia y según autores de la literatura publicada es importante la actualización periódica. (9, 10)

La retroalimentación en relación al tratamiento-evolución por parte del profesional de enfermería y el médico es verbal y normalmente no se registra en la ficha, y en la revisión de fichas clínicas se observa como un global del tratamiento con varias drogas analgésicas, a diferencia con la utilizada en pacientes internados, donde los profesionales de enfermería registran toda la información recogida, así como datos brindados al médico y las indicaciones dadas por éste, la hora de cada incidencia, y el tratamiento instaurado, así como el resultado. Es importante contar con un registro de los procedimientos para la organización y evaluación de los mismos y que el dolor pueda ser evaluado por ejemplo con la Escala Visual Analógica (EVA). (10, 11)

Se pudo observar durante la atención a los pacientes que consultaban y que referían algún tipo de dolor, que el trato era muy profesional y cordial, tanto por parte de los médicos como por profesionales de enfermería. Los cuidados personales a causa de la pandemia de Covid-19 hicieron que el trato sea un tanto impersonal debido al uso de los EPIs (Equipos Protección Individuales) recomendados por las autoridades sanitarias, al igual que en todas las Instituciones de Salud. En los turnos de mayor concurrencia de pacientes (tarde y noche), entre la prisa y la celeridad no hicieron mermar la calidad de la atención brindada por los profesionales de salud del servicio de urgencias.

Los médicos cuentan con un Manual de Normas y Procedimientos en Urgencias del CMB, con 168 páginas de recopilaciones de tratamientos médicos con base a recomendaciones tanto de Sociedades de Medicina Interna o de Asociaciones Médicas, así como Manuales de Terapéutica Médica disponibles. La mayoría de los médicos jefes de turno tienen hechos cursos de ATLS, BLS/ACLS, con lo que se mantienen actualizados en cuidados de urgencia y es recomendación de los referentes internacionales sobre el tema. (11)

## Conclusiones

El método de tratamiento del dolor en Emergencias del CMB es principalmente farmacológico, y basados en las recomendaciones científicas internacionalmente reconocidas. Basan sus criterios de manejo en la experiencia adquirida mediante cursos y congresos internacionales, y en preceptos transmitidos durante la residencia en el CMB, debido a que su enfoque multidisciplinario en Medicina Familiar les ofrece un amplio panorama de las emergencias en todas las especialidades.

Al final de cada turno, queda un registro digital de los casos atendidos, tanto en persona como de forma telefónica, que respalda a las fichas clínicas de cada paciente. En muchos casos, y debido a que los pacientes quedan en el servicio en horas de transición de turnos de guardias, la guardia saliente deja en blanco en el registro digital el diagnóstico, y la guardia entrante no agrega el dato, principalmente porque el registro, ya se cerró y el paciente ya estaba anotado, por lo que a los efectos estadísticos, el libro de registro digital no es una fuente completa de información, habiendo que buscar datos adicionales en las fichas de los pacientes atendidos.

Los profesionales de enfermería del servicio de emergencias del CMB, por protocolos del Hospital, se limitan a tomar datos de signos vitales y algunas preguntas relativas a alergias, HTA o DM que sean relevantes para la condición del paciente: como en casos de heridas, preguntas sobre alergias a antibióticos e inmunización antitetánica. En la sala de Triage, el profesional asignado al sector interroga brevemente al paciente sobre el motivo de su consulta, y el briefing al médico es por lo general de manera verbal. El tratamiento para calmar el dolor es dependiente de las directivas del médico de guardia.

Los médicos jefes de turno en su mayoría tienen hechos cursos de ATLS, BLS/ACLS, con lo que se mantienen actualizados en cuidados de urgencia. Si bien el servicio cuenta con un Manual de Normas y Procedimientos en Emergencias, fruto del trabajo de recopilaciones de remesas anteriores de médicos que rotaban por el servicio, el citado material no ha sido actualizado en los últimos años, acorde a los estándares de la medicina moderna basada en la evidencia.

### Referencias bibliográficas

1. Peñaloza Rojas A., Contreras Barreto K., Beltrán Hernández G. y Michilena Osorio B. Conocimientos de enfermería: manejo del dolor. Conecta Libertad [Internet] 2018 [acceso enero 2022]; 2 (2): 26 – 35. Disponible en: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/64>
2. Chavarría O. Declaración de Ginebra. Arch. Pediatr. Urug [Internet]. 2009 [acceso enero del 2022]; 80 (1): 42. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v80n1/v80n1a09.pdf>
3. Soler, E. y Montaner, M. Consideraciones bioéticas en el tratamiento del dolor. Persona y Bioética [Internet] 2004 [acceso enero del 2022]; 8 (21): 49 - 64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/832/83202105.pdf>
4. Acevedo González J. Libro dolor y cáncer [Internet] Bogotá: Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor; 2009 [acceso febrero del 2022]. Disponible en: <https://dolor.org.co/biblioteca/libros/Dolor%20y%20Cancer.pdf>
5. Vester, J. y Rodríguez-Riveros, M. Conocimiento y experiencias de estudiantes de enfermería en la administración de principales opioides en el tratamiento del dolor. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. [Internet] 2017 [acceso febrero del 2022]; 15 (2): 21 - 29. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1900>
6. Carregal Rañó A., Román A. y Mayo M. Bases anatómicas, fisiológicas y bioquímicas del dolor. En: Manual de básico del dolor de la SGADOR para residentes [Internet] Galicia: Sociedade Galega da dor e cuidados paliativos; 2017: p. 19-30 [acceso febrero del 2022]. Disponible en: [https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17\\_WEB\\_20-03.pdf](https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf)
7. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C. y Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: McGraw - Hill / Interamericana; 2014.
8. Zas Tabares V., Rodríguez J. y Silva Jiménez E. El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. Panorama Cuba y Salud [Internet] 2013 [acceso marzo del 2022]; 8 (2): 41 – 48. Disponible en: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view-File/31/pdf>
9. Abiuso N., Santelices J. y Quezada R. Manejo del dolor agudo en el Servicio de Urgencia. Rev. Med. Clin. Condes [Internet] 2017 [acceso marzo del 2022]; 28 (2): 248 – 260. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017300391>
10. Todd, K. A Review of Current and Emerging Approaches to Pain Management in the Emergency Department. Pain Ther [Internet] 2017 [Access february 2022]; 6 (2): 193 – 202. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29127600/>
11. Pierik J, Ijzerman M., Gaakeer M., Berben S., van Eenennaam F., van Vugt A. Doggen C. Pain Management in the Emergency Chain: The Use and Effectiveness of Pain Management in Patients with Acute Musculoskeletal Pain, Pain Medicine [Internet] 2015 [Access february 2022]; 16 (5): 970 – 984. Available in: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/16/5/970/2460740?login=false>
12. Ahmadi A., Bazargan-Hejazi S., Heidari Zadi Z., Euasobhon P., Ketumarn P., Karbasfrushan A. et al. Pain management in trauma: A review study. J Inj Violence Res [Internet] 2016 [Access february 2022] ; 8 (2) : 89-98. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27414816/>