

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

**CENTRO INTERNACIONAL DE POSTGRADO**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS  
CRÍTICOS**

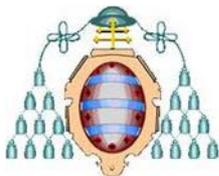
**“DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: GESTIÓN DE ENFERMERÍA”**

**Patricia Pacios Dominguez**

**JUNIO 2014**

**TRABAJO FIN DE MASTER**





## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no podría haberse realizado sin los conocimientos adquiridos en el presente Máster; aportándome todas sus asignaturas las nociones necesarias para llevar a cabo este estudio.

En primer lugar me gustaría agradecer a todo el personal sanitario del Servicio de Urgencias que se han prestado a realizar mi estudio y resolver mis dudas y preguntas en todo momento.

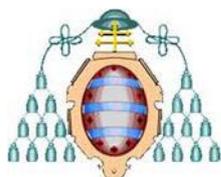
A la Dirección de Enfermería y Comité de ética del Hospital que hicieron posible que el estudio se llevase a cabo, así como a la coordinadora y supervisora del Servicio de Urgencias.

Además un especial agradecimiento a todos los compañeros del Máster que me ayudaron y acompañaron en la entrega de encuestas para el estudio.

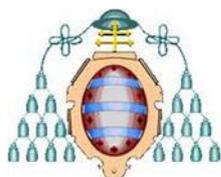
Por supuesto, mencionar al Tutor de este Trabajo Fin de Máster Don. Ricardo Felipe Baldonado Cernuda, quien me ha conducido durante estos meses , mostrando en cada momento una gran disposición ante las dudas que durante la realización del mismo me surgieron, aportando grandes observaciones que en todo momento guiaron la realización de éste trabajo así como la oportunidad de aprender de él.

Y para finalizar, doy las gracias a mis familiares y amigos.

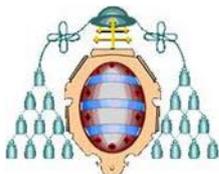
“Trabajo de investigación. Dolor en el Servicio de Urgencias: Gestión de enfermería. Patricia Pacios Domínguez. Universidad de Oviedo.”



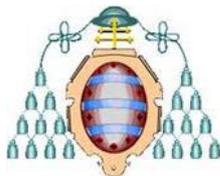
<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1-INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</b>	Pág 10
<b>2-ESTADO ACTUAL DEL TEMA</b>	Pág 11
<b>2.1-EL DOLOR.DEFINICIÓN</b>	Pág 11
<b>2.2-TIPOS DE DOLOR</b>	Pág 13
<b>2.3-LA ENFERMERA DE URGENCIAS Y EL DOLOR</b>	Pág 16
<b>2.4-MÉTODOS DE VALORACIÓN DEL DOLOR</b>	Pág 19
<b>3-OBJETIVOS</b>	Pág 23
<b>4-METODOLOGÍA</b>	Pág 24
<b>4.1-TIPO DE ESTUDIO</b>	Pág 24
<b>4.2-LUGAR A ESTUDIO</b>	Pág 24
<b>4.3-TIEMPO DE ESTUDIO</b>	Pág 24
<b>4.4-SUJETOS A ESTUDIO</b>	Pág 24
<b>4.5-CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Pág 24
<b>4.6-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Pág 24
<b>4.7-DISEÑO DE ESTUDIO Y PLAN DE TRABAJO</b>	Pág 25
<b>4.8-POBLACIÓN</b>	Pág 25
<b>4.9-VARIABLES A MEDIR</b>	Pág 26
<b>4.10-ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>	Pág 28



<b>4.11-ASPECTOS ÉTICOS</b>	Pág 29
<b>4.12-ERRORES Y LIMITACIONES</b>	Pág 30
<b>5-RESULTADOS</b>	Pág 31
<b>5.1-RESULTADOS DESCRIPTIVOS</b>	Pág 31
<b>5.2-RESULTADOS.COMPARACIÓN DE VARIABLES</b>	Pág 46
<b>6-DISCUSIÓN</b>	Pág 50
<b>7-RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA</b>	Pág 54
<b>8-CONCLUSIONES</b>	Pág 55
<b>9-BIBLIOGRAFÍA</b>	Pág 56
<b>10-ANEXOS</b>	Pág 60
<b>10.1-ANEXO 1: ENCUESTA</b>	Pág 60
<b>10.2-ANEXO 2: PERMISO DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	Pág 66
<b>10.3-ANEXO 3: PERMISO DEL COMITÉ DE ÉTICA</b>	Pág 67
<b>10.4-ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Pág 68



<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>PÁGINA</b>
<u>RESULTADOS DESCRIPTIVOS</u>	
1) SEXO	Pág 31
2) EDAD	Pág 31
3) TIEMPO QUE LLEVA EN EL SERVICIO	Pág 32
4) TIPO DE CONTRATO	Pág 32
5) TIPO DE TITULACIÓN QUE POSEE	Pág 33
6) AÑOS TRANSCURRIDOS TRAS FINALIZAR LA CARRERA	Pág 33
7) FORMACIÓN EN DOLOR DURANTE LA CARRERA	Pág 34
8) TIEMPO DEDICADO A LA FORMACIÓN EN DOLOR EN LA CARRERA	Pág 34
9) EL DOLOR COMO ASPECTO IMPORTANTE A TRATAR DURANTE LA CARRERA	Pág 35
10) FORMACIÓN EN DOLOR AL FINALIZAR LA CARRERA	Pág 35
11) TIPO DE FORMACIÓN (PERFIL/MÁSTER/DOCTORADO/OTRO)	Pág 36
12) RECIBIÓ FORMACIÓN A CARGO DE LA EMPRESA	Pág 36
13) CONOCIMIENTO DE MÉTODOS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR	Pág 38
14) PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO CON DOLOR	Pág 39
15) CONTROL ADECUADO DEL DOLOR EN EL SERVICIO	Pág 39
16) EXISTE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO DEL DOLOR	Pág 40
17) EL PROTOCOLO SE APLICA DE MANERA SISTEMÁTICA	Pág 41



18) FORMACIÓN/INFORMACIÓN EN EL MANEJO DEL DOLOR EN LA URGENCIA	Pág 41
19) REALIZA VALORACIÓN DEL DOLOR A LA LLEGADA DEL PACIENTE AL SERVICIO	Pág 42
20) REEVALÚA LA INTENSIDAD DEL DOLOR UNA VEZ REALIZADO TRATAMIENTO	Pág 42
21) UTILIZA MÁS DE UNA HERRAMIENTA PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR	Pág 43
22) QUÉ ESCALAS UTILIZA PARA VALORAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR	Pág 44
23) REFLEJA LOS RESULTADOS Y LA ESCALA EN LA HISTORIA CLÍNICA	Pág 44
<u>RESULTADOS. COMPARACIÓN DE VARIABLES</u>	Pág 46
1) MANEJO ADECUADO DEL DOLOR EN RELACIÓN AL SEXO	Pág 46
2) MANEJO ADECUADO DEL DOLOR EN RELACIÓN AL TIPO DE CONTRATO	Pág 46
3) MANEJO ADECUADO DEL DOLOR EN RELACIÓN A LA TITULACIÓN	Pág 47
4) MANEJO ADECUADO DEL DOLOR EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN ESPECÍFICA EN DOLOR DESPUÉS DE LA CARRERA	Pág 47
5) MANEJO ADECUADO DEL DOLOR EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN EN DOLOR EN LA URGENCIA	Pág 48
6) MANEJO ADECUADO DEL DOLOR EN RELACIÓN A LA EDAD Y EL TIEMPO TRABAJADO	Pág 49

## 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El dolor se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma y, si persiste sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma.” Se ha demostrado que el manejo adecuado del dolor en el Servicio de Urgencias por parte del personal sanitario, concretamente por parte de enfermería, mejora el sufrimiento del paciente y redundando en una mayor calidad de la asistencia (1,2).

Para el abordaje del dolor como la 5ª constante vital es necesaria una evaluación sistemática del mismo por parte de enfermería, disponiendo de escalas fiables que pueden utilizarse eficazmente en función del tipo y características del paciente (3,4).

En el servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias se atienden unos 100000 pacientes anuales, de los cuales un porcentaje considerable cursa con dolor a su llegada, o acuden por éste motivo.

Por todo ello, pretendemos en este estudio conocer los conocimientos, la valoración y la gestión del dolor por parte de Enfermería en el Servicio de Urgencias de un hospital con una importante carga asistencial (5).

## 2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

### 2.1. EL DOLOR: DEFINICIÓN

La Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) determinó la consideración de la valoración del dolor como quinta constante vital, siendo cada vez más los Servicios de Urgencias que han incorporado esta recomendación <sup>(6)</sup>.

Como ya hemos citado anteriormente el dolor se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma y, si persiste sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma <sup>(1,2)</sup>.”

Melzack y Casey <sup>(24)</sup>, describieron la experiencia dolorosa abarcando tres dimensiones, sensorial-discriminativa, afectiva-emocional y cognitiva evaluativa, por lo que establecer una relación entre las tres es crucial para establecer un diagnóstico y tratamiento <sup>(24)</sup>.

Las personas experimentan dolor cuando determinados estímulos producen o pueden producir daño a los tejidos, por lo que éste constituye un importante mecanismo protector. Un estímulo nociceptivo induce una serie de reacciones que se ven reflejadas por ejemplo en la alteración de las constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca o respiración y aunque algunos aspectos de estas reacciones pueden ser modificados, las

acciones reflejadas desencadenadas de un estímulo doloroso son fisiológicas y no se pueden controlar <sup>(15)</sup>. Por otra parte, el dolor provoca importantes consecuencias en el ámbito familiar y laboral, deteriora las relaciones sociales, causa alteraciones del sueño, está muy relacionado con la aparición de depresión y ansiedad, aumenta la morbilidad y alarga la estancia hospitalaria y no siempre se deriva de una lesión o enfermedad. La experiencia del dolor corporal contribuye a la sensación de miedo, peligro, y aprensión. Lo subjetivo de esta experiencia está relacionado en gran medida con la edad del paciente, la experiencia ante las figuras parentales, experiencias previas con el dolor y con características personales y culturales del propio paciente <sup>(7,12)</sup>.

## 2.2. TIPOS DE DOLOR

Para conocer el origen o etiología del dolor es necesario conocer sus características, que se dividen en función de:

Localización: Dónde se localiza el dolor.

Duración: El tiempo de aparición.

Tipo: Punzante, lacerante, cólico, opresivo,...

Periodicidad: Según sea de día, de noche, según la estación,...

Frecuencia: Las veces que aparece el dolor por unidad de tiempo.

Intensidad: el grado de intensidad con la que aparece el dolor.

Irradiación: Trayectoria del dolor hacia otro lugar.

Síntomas acompañantes: como fiebre, náuseas,...

Signos acompañantes: sudoración, palidez,...

Factores atenuantes: disminuyen el dolor.

Factores agravantes: aumentan el dolor.

Mediación: Que modifique el estado de dolor.

SEGÚN CRITERIOS DE:	TIPO DE DOLOR	
	TEMPORALIDAD	AGUDO
NEUROFISIOLÓGICO	NOCICEPTIVO	NEUROPÁTICO
ETIOLÓGICO	FÍSICO	PSICÓGENO
LOCALIZACIÓN	REFERIDO	PROYECTADO

Clasificación del dolor según criterios. Tabla 1.

Atendiendo a la duración en el tiempo, se entiende como **Dolor Agudo** aquel de aparición súbita, pero que remite a medida que se trata; es decir, tiene un final predecible. Constituye una señal de alarma pero apenas tiene repercusión psicológica y de él nos interesa saber ubicación e intensidad. Éste, se puede clasificar en: **Dolor Superficial**; debido a estímulos nociceptivos en la piel, **Dolor Somático**; que se origina a nivel osteoarticular y **Dolor Visceral**; debido a la disfunción o lesión de un órgano <sup>(25)</sup>.

El **Dolor Crónico** por el contrario, se mantiene aunque desaparezca la enfermedad que lo provoca aunque a veces es incurable y en numerosas ocasiones supone un sufrimiento que convierte la enfermedad en destructiva para el paciente y su entorno con lo que su evaluación resulta más complicada. El dolor crónico se subdivide en: **Dolor Crónico recurrente**; episodios de dolor que se repiten a lo largo del tiempo, **Dolor Nociceptivo**; producido por daño o lesión en un órgano somático o visceral <sup>(26)</sup>.

Además podemos clasificar el dolor como:

**Dolor Neuropático**, dolor patológico ante un estímulo nociceptivo que está producido por una enfermedad o lesión del sistema nervioso central o periférico.

**Dolor Físico**, derivado de una lesión física.

**Dolor Psicógeno**, de naturaleza psicósomática o psíquica.

**Dolor Referido**, dolor visceral que se presenta en una parte externa en correspondencia con el órgano interno estimulado.

**Dolor Proyectado**, que tiene su aparición en un lugar distinto a la lesión que lo provoca.

### 2.3. LA ENFERMERA DE URGENCIAS Y EL DOLOR

En los servicios de urgencias es uno de los motivos de consulta más frecuentes, rondando el 50% <sup>(8)</sup> generando una serie de síntomas que hacen que el paciente sienta la necesidad de atención urgente, por lo cual es fundamental una adecuada valoración por parte del personal del servicio <sup>(9)</sup>. Por ello, en los sistemas de triaje se prioriza la atención de los enfermeros con dolor pues la puntuación obtenida condiciona en numerosas ocasiones el nivel de prioridad en la clasificación <sup>(10)</sup>.

.Además un adecuado manejo de éste, se considera un indicador relevante de la buena práctica clínica y calidad asistencial<sup>(12)</sup> y requiere que no solo se evalúe su intensidad, sino también su localización, cualidad y una precisa monitorización, pues sus características pueden variar<sup>(7)</sup>.

En las últimas décadas, se ha comenzado a considerar el alivio del dolor como un derecho humano y también a entenderlo en su complejidad de tal forma que se tengan en cuenta una serie de factores como la credibilidad del paciente, evaluación y tratamiento adecuados del dolor, registro periódico de los resultados obtenidos de ésta evaluación, que los profesionales posean la debida formación y experiencia en ello y en estrategias adecuadas y eficaces para el manejo y control de la 5ª constante vital <sup>(11,18)</sup>.

La Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHCO) dice que “el adecuado manejo del dolor se basa en: información-educación de los pacientes y del personal sanitario; evaluación sistemática del dolor; aplicación de protocolos; y seguimiento del proceso y sus resultados” <sup>(12)</sup>.

“Trabajo de investigación. Dolor en el Servicio de Urgencias: Gestión de enfermería. Patricia Pacios Domínguez. Universidad de Oviedo.”

En numerosas ocasiones aparecen estudios que tratan del dolor según el tipo del paciente, o en función de la enfermedad, o fármacos para tratarlo, etc... pero son escasos los estudios que abordan el manejo del dolor en urgencias hospitalarias de una manera integral, sin embargo, todos coinciden en la alta prevalencia del dolor en éste servicio y la necesidad de mejora en su conocimiento, evaluación y manejo clínico por parte del personal enfermero <sup>(13)</sup>.

Entre las funciones más importantes de la enfermera de urgencias siempre se suele destacar una actuación urgente, rápida y eficaz que salve la vida de la persona que se encuentre en una situación crítica. Ésta, puede y debe prestar cuidados derivados de su dimensión interdependiente, pero también puede y debe proporcionar intervenciones encaminadas a resolver las respuestas humanas de la persona en situación crítica que limitan su independencia y no solo al aporte de fármacos en otras.

La enfermera es miembro del equipo asistencial que más relación entabla con la persona enferma y puede tener una influencia crucial en el entorno del paciente crítico y la vivencia de su proceso. Por ello, no se puede tener en cuenta únicamente la dimensión fisiopatológica de la persona pues así no se proporcionará una asistencia completa y nunca se logrará satisfacer las demandas que los usuarios consideren relevantes. Además, debe prestar cuidados individualizados y responsabilizarse de todo el proceso de asistencia del paciente y no solo de administrar pastillas, inyectables, tomar temperaturas y hablar superficialmente con éste, lo cual producirá una mayor satisfacción tanto para el paciente como para el propio profesional <sup>(28)</sup>.

La bibliografía ha demostrado que la formación en el manejo del dolor asociado a la aplicación de guías por el personal de enfermería mejora la evaluación y tratamiento del éste, pero también muestran la existencia de una educación insuficiente reconocida incluso por los mismos profesionales (12, 14, 21).

Por otra parte recoge que, a pesar de que en muchas ocasiones se hace una valoración verbal con el paciente sobre su estado de dolor, no se utilizan los habituales métodos de registro; las escalas visuales analógicas (EVA) y que tampoco se utilizan protocolos de analgesia establecidos para el tratamiento del mismo (12), dando lugar a una deficiencia del conocimiento por parte del profesional sobre el estado real de dolor que posee el paciente, de su manejo, evaluación y finalmente del alivio de éste (16,17,19).

A lo largo de la historia la prestación de los cuidados de enfermería ha ido enfocada a lograr la mayor comodidad del paciente, sin embargo pocos estudios hablan de la visión de la calidad asistencial percibida por el paciente en cuanto al trato aportado por la enfermera en el servicio de urgencias. En los estudios consultados se demuestra que de entre las actitudes más valoradas de la enfermería destacan la atención inmediata, competencia técnica, información percibida, y vigilancia y atención del propio paciente y de su entorno familiar (20,21).

## 2.4. MÉTODOS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

La evaluación del dolor es primordial en el proceso de atención al paciente que acude con él al servicio de urgencias, por ello es importante conocer todas las posibilidades y disponer de instrumentos fiables que faciliten la evaluación de éste.

Para ello, se utilizan distintas escalas; las de tipo unidimensional que miden generalmente la intensidad del dolor, cuestionarios de valoración del dolor y escalas especializadas en la valoración del dolor en el niño que realizan una evaluación en relación a su edad y desarrollo evolutivo <sup>(23)</sup>. Los diversos estudios consultados demuestran la necesidad de utilizarlas encontrando una correlación entre ellas y que aunque aparezcan ligeras variaciones en las puntuaciones obtenidas éstas no resultan estadísticamente significativas <sup>(26)</sup>.

El dolor agudo y crónico requiere de la evaluación inicial de tiempo de inicio, duración, localización, intensidad, calidad, patrones que alivian y factores agravantes, el impacto en la vida diaria y variables psicosociales, y el efecto del tratamiento previo y actual sobre el dolor.

	<u>ESCALAS UNIDIMENSIONALES</u>	<u>ESCALAS MULTIDIMENSIONALES</u>
<u>VERBALES</u>	Keele Melzack Andersen	Cuestionario McGill
<u>NUMÉRICAS</u>		Test de Lattinen
<u>VISUALES ANALÓGICAS</u>	Huskinsson	
<u>GRÁFICAS</u>	Grises o Luester	
<u>EXPRESIÓN FACIAL</u>	Caras de Wong-Baker	

Tabla 2: Escalas de valoración del dolor <sup>(29)</sup>.

Las escalas de medición del dolor se emplean para lograr una comunicación más fluida y acertada entre el paciente y el profesional para así poder conseguir una valoración y control del dolor más adecuado y se pueden dividir en :

- **Escalas unidimensionales:** miden la intensidad del dolor, se encargan de traducir la queja del paciente en números o palabras, que hacen que la ésta se convierta en un dato más objetivo. Dentro de ellas se encuentran la Escala visual analógica (EVA), escala de calificación numérica y la escala de calificación verbal.
- **Escalas multidimensionales:** Evalúan la duración, frecuencia, limitaciones personales y cambios psicológicos. Dentro de éstas destacan el test de Latinnen o el cuestionario de McGill.

- **Escalas de variables conductuales:** que evalúan posiciones o expresiones faciales.
- **Escalas de variables fisiológicas:** En el dolor agudo se produce un aumento de la frecuencia cardiaca, ritmo respiratorio y de la tensión arterial, mientras que en el dolor crónico pueden aparecer variaciones en el sistema nervioso vegetativo.
- **Escalas de variables Psicológicas:** que evalúan cambios de personalidad o aparición de estado depresivo, etc... se utilizan sobre todo en la valoración del dolor crónico.

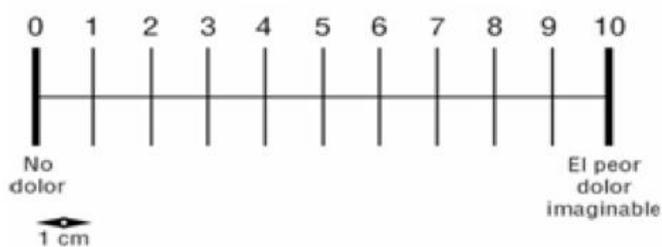
La medición del nivel de intensidad del dolor es un predictor significativo de la complejidad del manejo del dolor, de ahí la importancia del uso de la Escala Visual Analógica (EVA) que trata de medir una característica que se extiende de manera continua y que no se puede medir fácilmente de una manera directa <sup>(27)</sup>. Fue publicada por primera vez en 1921, por Hayer y Patterson <sup>(28)</sup>, pero hasta 1976 no fue utilizada para medir el dolor por Scott y Huskisson que la adaptaron para éste uso <sup>(28)</sup>.

La EVA es el instrumento establecido para la medición del dolor en el paciente que acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Se representa habitualmente como una línea horizontal de 100 mm con anclajes en ambos extremos que van desde no hay dolor al peor dolor imaginable y el paciente hace una marca en la línea para indicar la intensidad del dolor. En la escala el 0 cm significa no dolor y 10 cm dolor muy severo; haciendo clasificaciones en las que de 0-3 cm el dolor es leve, de 4-7 cm el dolor es moderado y de 8-10 cm el dolor es severo.

La EVA tiene como principal ventaja que carece de números o palabras descriptivas, pues el paciente no tiene que expresar su sensación de dolor con palabras

subjetivas, sino que simplemente tiene que señalar la intensidad que tiene de dolor entre ambos extremos, considerándose un método sólido, de fácil uso y sensible al cambio. Por el contrario, también existen estudios que demuestran que hay pacientes que encuentran dificultad al utilizarla dando mayores problemas en pacientes de edad avanzada y con deterioro cognitivo (30).



Escala visual analógica (EVA).

### 3. OBJETIVOS

- Evaluar la formación sobre el dolor por parte del personal enfermero en el Servicio de Urgencias del HUCA.
- Evaluar si el personal enfermero hace una valoración sistemática del dolor en los pacientes que acuden al servicio de urgencias del HUCA y que tipo de escalas utiliza.
- Conocer si existen diferencias significativas en el manejo del dolor vinculadas a variables clínicas, laborales y dependientes del personal enfermero.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo.

### **4.2. LUGAR DE ESTUDIO**

Servicio de Urgencias del Hospital Central Universitario de Asturias (HUCA).

### **4.3. TIEMPO DE ESTUDIO**

El estudio comenzará en febrero de 2014 y finalizará en mayo de 2014.

### **4.4. SUJETOS A ESTUDIO**

Enfermeros que trabajan en el Servicio de Urgencias del HUCA.

### **4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Enfermeros que trabajen en el servicio de urgencias del HUCA, que lleven más de 6 meses trabajando en el servicio independientemente del tipo de contrato y que acepten voluntariamente participar.

### **4.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Enfermeros que trabajen en el Servicio de Urgencias del HUCA, que lleven menos de 6 meses trabajando en el servicio independientemente del tipo de contrato o que no acepten participar.

#### **4.7. DISEÑO DEL ESTUDIO Y PLAN DE TRABAJO**

El estudio está conformado por los enfermeros que cumplen los criterios de inclusión a los cuales se les proporcionó una encuesta (ANEXO 1), que rellenaron de manera anónima y que aborda 2 conceptos fundamentales; formación que poseen los profesionales sobre el dolor y manejo y valoración de éste, que cubrieron junto con un consentimiento informado en el que dejaron constancia de su conformidad para cumplimentar la encuesta.

Las encuestas fueron auto cumplimentadas por cada profesional y se respondió a dudas o preguntas que les surgieron de manera individual.

Se contactó con la Supervisora de Enfermería para valorar la factibilidad del trabajo, así como con Dirección de Enfermería del hospital para solicitar el permiso correspondiente (ANEXO 2) y con el Comité de Ética (ANEXO 3).

#### **4.8. POBLACIÓN**

La población de enfermeros que cumplen los criterios de inclusión está formada por 54, a todos se les ofreció la participación. Ocho de éstos no están incluidos en el estudio por motivos de negarse a la participación en éste.

Por tanto la población final se limita a 46 enfermeros.

#### 4.9. VARIABLES A MEDIR

- **Sexo:** (Hombre/ Mujer).
- **Edad:** (Años).
- **Tiempo trabajado** en el servicio: (Meses).
- **Tipo de contrato:** (Propiedad/Interino/Eventual).
- **Titulación** básica que posee: (Diplomado/Graduado).
- **Antigüedad**, años desde que finalizó la carrera: (Nº de años).
- Durante la formación universitaria, recibió algún tipo de **formación específica** en el dolor (Sí/No).
- **Tiempo de formación** (<5h/5-10h/>10h).
- Le parece un aspecto **importante** abordar el dolor durante la formación universitaria (Sí/No).
- Ha realizado algún tipo de **formación en dolor después de finalizar la carrera** (Sí/No).
- **Tipo de formación:**(Perfil universitario/Máster universitario/Doctorado/Otro).
- Recibió algún tipo de **formación sobre el dolor a cargo de la empresa** (Sí/No).

- Conoce la existencia de alguno de los siguientes **métodos para la valoración del dolor**:(Medidas fisiológicas/Escalas unidimensionales/Cuestionarios de valoración del dolor/ Otros).
- En su experiencia, que **porcentaje de pacientes acuden con dolor** al servicio de urgencias. (<20% /20-40%/40-60%/>60%).
- Durante la estancia en el servicio, se realiza un **control adecuado del dolor** por parte del personal enfermero (Sí/No/A veces).
- Existe un **protocolo de actuación** en el servicio de urgencias para el manejo del dolor (Sí/No).
- Se **aplica de manera sistemática** (Sí/No).
- Ha recibido **información/formación en el abordaje del dolor en urgencias** (Sí/No).
- **Reevalúa la intensidad del dolor** en el paciente durante su estancia en el servicio (Sí/No/A veces).
- Utiliza más de una **herramienta para la valoración del dolor en función del tipo de paciente** (Sí/No/A veces).
- **Qué escalas utiliza** (EVA/Otras)
- Refleja la **escala que ha utilizado y el valor que obtuvo con ella en la historia** del paciente (Sí/No/A veces)

**- Manejo del dolor:**

Adecuado (Cuando cumple los 4 ítems):

- 1      Evalúan el estado del dolor del paciente a su llegada al servicio.
- 2      Reevalúan el estado de dolor pasado un tiempo.
- 3      Utilizan métodos para la valoración del dolor y cuáles.
- 4      Registran el método y la puntuación obtenida de la valoración del dolor en la historia clínica del paciente.

Inadecuado (Cuando no cumple alguno de los 4 ítems citados anteriormente).

#### **4.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para la elaboración de los resultados se creó una base de datos con las variables de la hoja de recogida y mediante el programa estadístico SPSS 22.0 fueron analizados.

Las **variables cualitativas** se describieron en número total y porcentaje y las **variables cuantitativas** se describieron en media desviación típica y rango.

Para la comparación de las **variables cualitativas** respecto al manejo del dolor se utilizo el Chi Cuadrado y para las **cuantitativas** se utilizo la U de Mann –Whitney.

Se acepto la **significación estadística** cuando  $p \leq 0.05$ .

#### **4.11. ASPECTOS ÉTICOS**

Se realizó un escrito en el que se adjuntó la memoria del proyecto que se realizaría para obtener el consentimiento tanto del comité de ética como de la Dirección de Enfermería del Hospital Central Universitario de Asturias.

En todo momento se seguirán los principios de confidencialidad y anonimato y se destruirán las encuestas una vez terminado el trabajo.

#### **4.12. ERRORES Y LIMITACIONES**

##### **SESGO DE RECOGIDA DE DATOS:**

El estudio no puede tener una fiabilidad total ya que hay tener en cuenta que los datos recogidos a los enfermeros participantes podrían no ser del todo sinceros.

##### **LIMITACIONES:**

La validez estadística comparativa es baja debido a que la población utilizada se limita únicamente a los enfermeros pertenecientes al Servicio de Urgencias del HUCA.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

#### 1) SEXO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	6	13,0
MUJER	40	87,0
TOTAL	46	100,0

#### 2) EDAD

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. TÍP.
EDAD	46	28	54	39,24	7,752

## 3) TIEMPO QUE LLEVA EN EL SERVICIO (MESES)

	<b>N</b>	<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESV. TÍP.</b>
<b>TIEMPO TRABAJADO</b>	<b>46</b>	<b>9</b>	<b>270</b>	<b>94,93</b>	<b>65,084</b>

Destacar que la media de años trabajados por profesionales en el Servicio de Urgencias del HUCA es elevada, (>8 años).

## 4) TIPO DE CONTRATO

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>EN PROPIEDAD</b>	<b>12</b>	<b>26,1</b>
<b>INTERINO</b>	<b>25</b>	<b>54,3</b>
<b>EVENTUAL</b>	<b>9</b>	<b>19,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>

Destacar que más del 50% poseen un contrato de interinidad, frente a un 25% aproximadamente con contrato en propiedad y en torno a un 20% que tienen un contrato eventual.

## 5) TIPO DE TITULACIÓN QUE POSEE

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>DIPLOMADO</b>	37	80,4
<b>GRADUADO</b>	9	19,6
<b>TOTAL</b>	46	100,0

Comentar que un 80% posee una Diplomatura en Enfermería mientras que un 20%, tiene la Titulación de Grado.

## 6) TIEMPO DESDE QUE FINALIZÓ LA CARRERA UNIVERSITARIA (AÑOS)

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. TÍP.
<b>ANTIGÜEDAD TERMINACIÓN CARRERA</b>	46	7	35	16,17	6,894

Resaltar que la mayoría de ellos no llevan menos de 7 años trabajando en el Servicio de Urgencias y un máximo de 35.

## 7) FORMACIÓN ESPECIFICA EN DOLOR DURANTE LA CARRERA

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>NO</b>	<b>11</b>	<b>23,9</b>
<b>SÍ</b>	<b>35</b>	<b>76,1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>

Comentar que aproximadamente un 75% declaran haber recibido formación en dolor durante la carrera, frente a casi un 25% que no.

8) TIEMPO DE FORMACION EN DOLOR DURANTE SU FORMACION UNIVERSITARIA  
( HORAS)

	<b>N</b>	<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESV. TÍP.</b>
<b>TIEMPO DE FORMACIÓN</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2,11</b>	<b>0,832</b>

Destacar que el tiempo de formación dedicado al dolor durante la formación universitaria que cursaron los enfermeros es muy bajo, (aproximadamente de 2 horas).

## 9) IMPORTANCIA DEL ABORDAJE DEL DOLOR EN LA CARRERA

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VÁLIDOS	SÍ	45	97,8	100,0	100,0
	NO CONTESTA	1	2,2		
	TOTAL	46	100,0		

Decir que todos los que contestaron están de acuerdo en que es importante abordar el dolor durante los estudios universitarios.

## 10) FORMACIÓN EN MANEJO DEL DOLOR TRAS FINALIZAR LA CARRERA

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
	NO	12	26,1	26,7	26,7
VÁLIDOS	SÍ	33	71,7	73,3	100,0
	TOTAL	45	97,8	100,0	
	NO CONTESTA	1	2,2		
	TOTAL	46	100,0		

Resaltar que más del 70% dicen haber realizado formación en el abordaje y manejo del dolor tras finalizar su carrera universitaria, ya sea en forma de Curso, Perfil o Máster.

## 11) TIPO DE FORMACION

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
				VÁLIDO	ACUMULADO
VÁLIDOS	PERFIL UNIVERSITARIO	8	17,4	24,2	24,2
	MASTER	2	4,3	6,1	30,3
	OTRO	22	47,8	66,7	97,0
	VARIOS(MAS DE 1)	1	2,2	3,0	100,0
	TOTAL	33	71,7	100,0	
	NO CONTESTA	13	28,3		
	TOTAL	46	100,0		

Destacar que casi un 50% han realizado formación del dolor en forma de Cursos, un 15% han realizado Perfil universitario y un 4% Máster.

## 12) FORMACIÓN DEL DOLOR A CARGO DE LA EMPRESA

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
				VÁLIDO	ACUMULADO
VÁLIDOS	NO	40	87,0	88,9	88,9
	SÍ	5	10,9	11,1	100,0
	TOTAL	45	97,8	100,0	
	NO CONTESTA	1	2,2		
	TOTAL	46	100,0		

Decir que casi un 90% afirman no haber recibido formación del abordaje del dolor por parte de la empresa.

## 13) CONOCIMIENTO DE MÉTODOS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
			VÁLIDO	ACUMULADO
<b>MEDIDAS FISIOLÓGICAS</b>	3	6,5	6,7	6,7
<b>ESCALAS UNIDIMENSIONALES</b>	1	2,2	2,2	8,9
<b>CUESTIONARIOS DE VALORACIÓN</b>	7	15,2	15,6	24,4
<b>M.F.+E.U.</b>	4	8,7	8,9	33,3
<b>M.F.+E.U.</b>	5	10,9	11,1	44,4
<b>E.U.+C.V.</b>	9	19,6	20,0	64,4
<b>M.F.+E.U.+C.V.</b>	15	32,6	33,3	97,8
<b>M.F.+E.U.+C.V.+OTRO</b>	1	2,2	2,2	100,0
<b>TOTAL</b>	45	97,8	100,0	
<b>NO CONTESTA</b>	1	2,2		
<b>TOTAL</b>	46	100,0		

Destacar que aproximadamente un 30% afirman utilizar hasta 3 métodos para la valoración del dolor (Medidas Fisiológicas, Escalas Unidimensionales y Cuestionarios de Valoración) a la llegada del paciente al Servicio de Urgencias.

## 14) PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO CON DOLOR

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
				VÁLIDO	ACUMULADO
VÁLIDOS	< 20%	1	2,2	2,2	2,2
	ENTRE 40- 60%	22	47,8	48,9	51,1
	> 60%	22	47,8	48,9	100,0
	TOTAL	45	97,8	100,0	
NO CONTESTA		1	2,2		
TOTAL		46	100,0		

Es importante resaltar, que casi el 95% de los profesionales de enfermería creen que más de un 40% de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias tienen dolor.

## 15) REALIZACIÓN DE UN CONTROL ADECUADO DEL DOLOR EN EL SERVICIO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE	PORCENTAJE
				VÁLIDO	ACUMULADO
VÁLIDOS	NO	2	4,3	4,4	4,4
	SÍ	12	26,1	26,7	31,1
	A VECES	31	67,4	68,9	100,0
	TOTAL	45	97,8	100,0	
NO CONTESTA		1	2,2		
TOTAL		46	100,0		

Comentar que casi un 70% de los enfermeros dicen realizar un control del dolor sólo en ocasiones al paciente que acude con él al Servicio de Urgencias, frente a sólo un 25% aproximadamente que lo hace siempre.

16) EXISTE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL  
SERVICIO DE URGENCIAS

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VÁLIDOS	NO	42	91,3	93,3	93,3
	SÍ	3	6,5	6,7	100,0
	TOTAL	45	97,8	100,0	
NO CONTESTA		1	2,2		
TOTAL		46	100,0		

Resulta interesante destacar que hay un 90% aproximadamente que dice que no existe ningún protocolo de manejo del dolor en el servicio frente a un 6% aproximadamente que dice que sí existe.

## 17) APLICACIÓN DE MANERA SISTEMÁTICA DEL PROTOCOLO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VÁLIDOS	SÍ	3	6,5	100,0	100,0
	NO CONTESTA	43	93,5		
TOTAL		46	100,0		

El 6% de los profesionales que afirman que existe un protocolo de actuación ante el dolor en el Servicio de Urgencias dicen que lo llevan a cabo ante el paciente con dolor.

## 18) INFORMACION O FORMACION EN EL ABORDAJE DEL DOLOR EN LA URGENCIA

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VÁLIDOS	NO	32	69,6	71,1	71,1
	SÍ	13	28,3	28,9	100,0
	TOTAL	45	97,8	100,0	
NO CONTESTA		1	2,2		
TOTAL		46	100,0		

Destaca el elevado porcentaje, casi el 70% que afirma haber recibido formación o información en el manejo y abordaje del dolor en la urgencia frente al 30% aproximadamente que dicen no haberlo hecho.

## 19) REALIZA EVALUACIÓN DEL DOLOR A LA LLEGADA DEL PACIENTE

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VÁLIDOS	NO	2	4,3	4,4	4,4
	SÍ	43	93,5	95,6	100,0
	TOTAL	45	97,8	100,0	
NO CONTESTA		1	2,2		
TOTAL		46	100,0		

Decir que más del 90% dice realizar una evaluación del dolor a la llegada del paciente al servicio.

## 20) REALIZA UNA REEVALUACIÓN DEL ESTADO DE DOLOR TRAS REALIZAR TRATAMIENTO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VÁLIDOS	SÍ	29	63,0	64,4	64,4
	A VECES	16	34,8	35,6	100,0
	TOTAL	45	97,8	100,0	
NO CONTESTA		1	2,2		
TOTAL		46	100,0		

Comentar que más del 60% reconoce hacer una reevaluación del dolor, frente a un 15% aproximadamente que dice hacerlo sólo en ocasiones.

21) UTILIZA MAS DE UNA HERRAMIENTA PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN  
FUNCIÓN DEL TIPO DE PACIENTE

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VÁLIDOS	NO	17	37,0	37,8	37,8
	SÍ	17	37,0	37,8	75,6
	A VECES	11	23,9	24,4	100,0
	TOTAL	45	97,8	100,0	
NO CONTESTA		1	2,2		
TOTAL		46	100,0		

Destacar que un 37% dice no utilizar herramientas de valoración en función del tipo de paciente (orientado, sedado, niño, adulto,...) frente a otro 37% que dice sí hacerlo y un 24% que dice hacerlo en ocasiones.

## 22) TIPO DE ESCALA UTILIZADA PARA VALORAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VÁLIDOS	EVA	37	80,4	84,1	84,1
	OTRAS	6	13,0	13,6	97,7
	EVA Y OTRAS	1	2,2	2,3	100,0
	TOTAL	44	95,7	100,0	
NO CONTESTA		2	4,3		
TOTAL		46	100,0		

Comentar que un 80% afirma utilizar como escala para valoración del dolor la EVA.

## 23) ¿REFLEJA LA ESCALA UTILIZADA Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE?

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
VÁLIDOS	NO	21	45,7	47,7	47,7
	SÍ	9	19,6	20,5	68,2
	A VECES	14	30,4	31,8	100,0
	TOTAL	44	95,7	100,0	
NO CONTESTA		2	4,3		
TOTAL		46	100,0		

Resaltar que casi un 50% no reflejan ni la escala ni el resultado obtenido con ella, frente a un 20 % que dice sí hacerlo y un 30% que lo hace en ocasiones.

## 5.2. RESULTADOS. COMPARACIÓN DE VARIABLES

### 1) MANEJO ADECUADO DEL DOLOR EN RELACIÓN AL SEXO

		MANEJO DEL DOLOR		P
		MANEJO ADECUADO	MANEJO INADECUADO	
SEXO	HOMBRE	2	4	0,869
	MUJER	12	28	
TOTAL		14	32	

No existen diferencias estadísticamente significativas en el manejo del dolor entre hombres y mujeres.

### 2) MANEJO ADECUADO DEL DOLOR EN RELACIÓN AL TIPO DE CONTRATO

		MANEJO DEL DOLOR		P
		MANEJO ADECUADO	MANEJO INADECUADO	
TIPO DE CONTRATO	EN PROPIEDAD	4	8	0,134
	INTERINO	5	20	
	EVENTUAL	5	4	
TOTAL		14	32	

No existen diferencias estadísticas en el manejo del dolor en relación al tipo de contrato, pero cabe destacar que los enfermeros con contrato temporal realizan un mejor manejo del dolor que los que tienen contrato en propiedad o de interinidad.

## 3) MANEJO ADECUADO DEL DOLOR EN RELACIÓN AL TIPO DE TITULACION

		MANEJO DEL DOLOR		P
		MANEJO ADECUADO	MANEJO INADECUADO	
TITULACIÓN	DIPLOMADO	11	26	0,883
	GRADUADO	3	6	
TOTAL		14	32	

No existen diferencias estadísticamente significativas entre el manejo del dolor y si los profesionales son Graduados o Diplomados.

## 4) MANEJO ADECUADO DEL DOLOR EN RELACIÓN AL TIPO DE FORMACIÓN ESPECÍFICA EN DOLOR REALIZADA DESPUÉS DE LA CARRERA

		MANEJO DEL DOLOR		P
		MANEJO ADECUADO	MANEJO INADECUADO	
¿QUE TIPO DE FORMACIÓN EN DOLOR POSEE?	PERFIL UNIVERSITARIO	2	5	0,524
	MÁSTER	1	1	
	OTRA FORMACIÓN	6	16	
	PERFIL U.+DOCTORADO	1	0	
	PERFIL U.+OTRA FORMACIÓN	0	1	
TOTAL		10	23	

No existen diferencias estadísticamente significativas pero cabe destacar que a pesar de tener formación específica en dolor después de la carrera universitaria aproximadamente un 50% hacen un manejo del dolor inadecuado.

5) MANEJO ADECUADO DEL DOLOR EN RELACIÓN A LA INFORMACIÓN/FORMACIÓN RECIBIDA EN EL ABORDAJE DEL DOLOR EN LA URGENCIA

		MANEJO DEL DOLOR		P
		MANEJO ADECUADO	MANEJO INADECUADO	
¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN/FORMACIÓN DE ABORDAJE DE DOLOR EN LA URGENCIA?	NO	7	25	0,036
	SI	7	6	
TOTAL		14	31	

Señalar que existen diferencias estadísticamente significativas en el manejo del dolor y haber recibido información/ formación en el abordaje del dolor en la urgencia; es decir, que los profesionales que han la han recibido demuestran realizar un mejor manejo del dolor frente a los que no lo han recibido.

6) MANEJO ADECUADO DEL DOLOR EN RELACIÓN A LA EDAD Y AL TIEMPO TRABAJADO

HIPOTESIS NULA	TEST	SIG	DECISIÓN
LA DISTRIBUCIÓN DE EDAD ES LA MISMA ENTRE LAS CATEGORÍAS DEL DOLOR	PRUEBA DE U DE MANN- WHITNEY DE MUESTRAS INDEPENDIENTES	0,924	RETENER LA HIPÓTESIS NULA
LA DISTRIBUCIÓN DE TIEMPO TRABAJADO ES LA MISMA ENTRE LAS CATEGORÍAS DE MANEJO DEL DOLOR	PRUEBA DE U DE MANN- WHITNEY DE MUESTRAS INDEPENDIENTES	0,409	RETENER LA HIPÓTESIS NULA

No existen diferencias estadísticamente significativas entre el manejo del dolor y la edad y el tiempo trabajado en el servicio.

## 6. DISCUSIÓN

Según La bibliografía consultada el porcentaje de pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias con dolor ronda el 50% <sup>(8)</sup>. Los entrevistados para el estudio, coinciden en casi su totalidad en que efectivamente los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del HUCA lo hacen en más de un 40% con dolor.

El manejo adecuado del dolor mejora el sufrimiento del paciente y declara una mejor calidad asistencial; además, requiere que no solo se evalúe su intensidad, sino también su localización y cualidad y de una precisa monitorización; es decir, una valoración integral pues sus características pueden variar <sup>(7)</sup>, por lo que los profesionales deben poseer formación y experiencia en ello <sup>(11,18)</sup>, ya que existe una alta prevalencia del dolor en éste servicio y una necesidad de mejora en su conocimiento, evaluación y manejo clínico por parte del personal enfermero <sup>(1,2,13)</sup>.

- En el estudio realizado se demuestra que existe un elevado porcentaje de enfermeros que manifiestan haber recibido formación específica en dolor durante su carrera universitaria pero que el tiempo dedicado a ello es muy bajo, de aproximadamente 2 horas, afirmando todos ellos que lo consideran un tema de gran importancia que no se debería obviar durante dicha formación.
- Por otra parte un 70% aproximadamente afirma que han realizado formación específica acerca del manejo del dolor después de obtener su titulación ya sea en forma de Perfil, Máster, Doctorado u otro, destacando la formación en modo de Cursos.

“Trabajo de investigación. Dolor en el Servicio de Urgencias: Gestión de enfermería. Patricia Pacios Domínguez. Universidad de Oviedo.”

Los estudios consultados demuestran que para el abordaje del dolor, es necesario realizar una evaluación sistemática del mismo, a través de escalas fiables que deben utilizarse en función del tipo y características del paciente <sup>(3,4)</sup> y es importante conocerlas, porque existe una elevada necesidad de utilizarlas, encontrando además una correlación entre ellas no siendo relevante que aparezcan ligeras variaciones en las puntuaciones obtenidas, en función del tipo utilizado <sup>(26)</sup>.

- Destacar que el 97% de los entrevistados dicen utilizar algún tipo de método para la valoración del dolor incluyendo las Medidas Fisiológicas, Escalas Unidimensionales, Cuestionarios de Valoración y otros, e incluso un 30% de ellos afirma utilizar hasta 3 de ellos.
- Por el contrario, un 37% de los profesionales reconocen que no utilizan diferentes herramientas para valoración del dolor en función del tipo de paciente que sea (orientado/sedado/niño/adulto...), frente a otro 37% que dice sí hacerlo y un 24% que sólo en ocasiones.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHCO) dice que “el adecuado manejo del dolor se basa en: información-educación de los pacientes y del personal sanitario; evaluación sistemática del dolor; aplicación de protocolos; y seguimiento del proceso y sus resultados” <sup>(12)</sup>. La medición del nivel de intensidad del dolor es un predictor significativo de la complejidad del manejo del dolor, de ahí la importancia del uso de la Escala Visual Analógica (EVA) que trata de medir una característica que se extiende de manera continua y que no se puede medir fácilmente de una manera directa <sup>(27)</sup>, teniendo como principal ventaja que carece de números o

palabras descriptivas, por el contrario, también existen estudios que demuestran que hay pacientes que encuentran dificultad al utilizarla, dando mayores problemas en pacientes de edad avanzada y con deterioro cognitivo (29). Por otra parte, a pesar de que en muchas ocasiones se hace una valoración verbal con el paciente sobre su estado de dolor, no se utilizan los habituales métodos de registro; y que tampoco se utilizan protocolos de analgesia establecidos para el tratamiento del mismo (12), dando lugar a una deficiencia del conocimiento por parte del profesional sobre el estado real de dolor que posee el paciente, de su manejo, evaluación y finalmente del alivio de éste (16, 17, 19).

- Resaltar que un 80% de enfermeros que participaron en el estudio reconocen utilizar la EVA como método de valoración de dolor, sin embargo sólo un 25% aproximadamente, hace un control adecuado del dolor al paciente durante su estancia en el servicio, pues de un 90% que inicialmente asegura realizar una valoración del dolor a la llegada del paciente al servicio, sólo un 60% realiza una reevaluación de éste una vez que el paciente ha recibido tratamiento.
- Además, casi un 50% no reflejan en la historia clínica de urgencias del paciente, ni la escala utilizada ni los resultados obtenidos con ella.

Los estudios consultados manifiestan que la formación en el manejo del dolor en la urgencia asociado a la aplicación de guías por el personal de enfermería mejora la evaluación y tratamiento del éste, (12, 14, 21).

- En la encuesta, se les pregunto si existía algún protocolo de actuación en el abordaje y manejo del dolor en el Servicio de Urgencias del HUCA y resulta interesante destacar que en torno a un 90% afirman que no, frente a un 6% aproximadamente que dicen que sí y que además lo aplican de manera sistemática.
- Señalar que sí existen diferencias estadísticamente significativas en el manejo del dolor y haber recibido información/ formación en el abordaje del dolor en la urgencia; es decir, que los profesionales que la han recibido demuestran realizar un mejor manejo del dolor frente a los que no lo han recibido.

Para finalizar es interesante comentar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el manejo del dolor entre hombres y mujeres, el título universitario que poseen (Diplomado/Graduado), la edad, tiempo trabajado, si tienen formación específica después de la carrera ya sea en forma de perfil , máster, doctorado u otro, destacando que aun a pesar de tener dicha formación, aproximadamente un 50% hacen un manejo inadecuado del dolor y cabe destacar también, que aunque no sea significativo estadísticamente los enfermeros con contrato temporal en el servicio de urgencias del HUCA, realizan un mejor manejo del dolor frente a los que tienen contrato en propiedad o de interinidad.

## 7. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

En base a los resultados obtenidos, sería interesante incluir en el Servicio de Urgencias del HUCA:

- Un protocolo de abordaje y manejo del paciente con dolor, incluyendo:
  - 1 Evaluación del dolor mediante el uso de métodos fiables como escalas validadas adaptadas al tipo de paciente.
  - 2 Aplicación de tratamiento.
  - 3 Seguimiento y reevaluación del estado del dolor del paciente tras el tratamiento aplicado.
  - 4 Registro de los resultados obtenidos y del método o escala utilizado en la historia clínica del paciente.
- Realizar cursos específicos de información y formación en el abordaje y manejo del dolor en urgencias a profesionales de enfermería que formen parte del equipo en dicho servicio.

## 8. CONCLUSIONES

- La mayoría de los enfermeros del Servicio de Urgencias manifiestan haber recibido una escasa formación sobre el dolor durante los estudios universitarios (media de 2 horas). Sin embargo, hasta un 72% refieren haber completado sus conocimientos en diversas modalidades de formación post-grado.
- Un 90% de los enfermeros del Servicio de Urgencias afirma que no existe un protocolo de actuación de abordaje y manejo del dolor del paciente en el servicio de urgencias del HUCA.
- La mayoría de los enfermeros hace una evaluación del dolor a la llegada del paciente al Servicio de Urgencias, aunque sólo un 60% lo reevalúa.
- Menos de la mitad de los enfermeros del Servicio de Urgencias utilizan una escala o método para la valoración del dolor en función del tipo de paciente.
- La escala utilizada por la mayoría de los enfermeros es la Visual Analógica (EVA).
- Más del 50% de los enfermeros no refleja ni la escala o método de valoración del dolor que han utilizado, ni los resultados obtenidos.
- Los profesionales que han recibido información/formación en el abordaje y manejo del dolor demuestran realizar un mejor manejo del dolor frente a los que no lo han recibido.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Brennan F, Cousins MJ. El alivio del dolor como un derecho humano. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12:17-23.
2. Puntillo K , M Vecino , O'Neil N , R Nixon. Precisión de enfermeras de la emergencia en la evaluación del dolor de los pacientes. *Dolor Manag Nursing*. 2003; 4 (4): 171-5.
3. Fosnocht DE , Swanson ER , Barton ED .El cambio de actitudes sobre el dolor y el control del dolor en medicina de emergencia. *Emerg Med Clin North Am*. 2005; 23 (2): 297-306.
4. Joven JL , Davidhizar R .Actitud: impacto en la evaluación del dolor. *J Pract Nursing*. 2008; 58 (2): 6-10.
5. McCaffery M , Ferrell BR . Conocimiento de las enfermeras de la evaluación y el manejo del dolor: ¿cuánto progreso hemos hecho? *J Dolor Síntoma Administrar*. 1997; 14 (3): 175-88.
6. Cano JM, De Juan S.Valoración del dolor: quinta constante vital. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006; 6: 428–30.
7. Casal Codesido JR, Vázquez Lima MJ. Abordaje del dolor musculoesquelético en Urgencias. *Emergencias*. 2012; 24: 59–65.
9. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de Triage (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.

10. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Manual de formación. Curso de formación en triaje estructurado de urgencias y emergencias. Sistema Español de Triage (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.
11. M. Cano, S. de Juan. Valoración del dolor: quinta constante vital Rev. Soc. Esp. Dolor 2006; 6: 428-430
12. A. Montes, E. Arbonés, J. Planas, E. Muñoz, M. Casamitjana. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. Rev. Soc. Esp. Dolor 2008; 2: 75-82.
13. Bolívar, E. Català, R. Cadena. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2005; 52: 131-140)
14. Mc Caffery M, Ferrel B. Nurses' assessment of pain intensity and choice of analgesic. Contemp Nurse 1994; 3 (2): 68-74.
15. Lic. Gilda Lima Mompó, My. Laura Aldana Vilas, My. (r) Pedro Casanova Sotolongo, Dr. Pedro Casanova Carrillo y Lic. Carlos Casanova Carrillo. Inducción y medición del dolor experimental Rev Cub Med Mil 2003; 8 (1): 1561-3046
16. Minero J, Biros MH, Trainor A, D Hubbard, Beltram M. Patient and physician perceptions as risk factors for oligoanalgesia: a prospective observational study of the relief of pain in the emergency department. Acad Emerg Med. 2006; 13 (2) : 140-6.

17. Fosnocht DE , Swanson ER , Barton ED . Changing attitudes about pain and pain control in emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am.* 2005; 23 (2) : 297-306.
18. Lynch M . Pain as the fifth vital sign. *J Nursing.* 2001; 24 (2): 85-94.
19. Richards CF . Establishing an emergency department pain management system. *Emerg Med Clin North Am.* 2005; 23 (2) : 519-27.
20. Hawley MP . Nurse comforting strategies: perceptions of emergency department patients. *Clin Res Nursing.* 2000; 9 (4) : 441-59.
21. Johansson P<sup>1</sup>, Oléni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Ciencia* 2002 , 16 (4) : 337-44.
22. Puntillo K , M Vecino , O'Neil N , R Nixon . Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Dolor Manag Nursing.* 2003 ; 4 (4) : 171-5.
23. A.Fernández-Castillo, M<sup>a</sup> J. Vílchez-Lara, J. Caballero. Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2006; 3: 151-158.
24. Vélez P., Álvarez C. Validación de una escala para valorar el dolor en pacientes odontológicos. *Revista CES Psicología.* 2010; 3(1): 4-13.
25. Breivik H, Borchgrevink P, Allen S, Rosseland R, Romundstad R, Hals E, Kvarstein G, et al. Assesment of pain. *Br J Anaesthesia.* 2008; 101(1): 17-24.
26. Ferreira-Valente M, Pais-Ribeiro J, Jensen M. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain.* 2011; 152:2399-2404.

27. DeLoach L., Higgins M., Caplan A., Stiff J. The Visual Analog Scale in the Immediate Postoperative Period: Intrasubject Variability and Correlation with a Numeric Scale.

Anesth Analg. 1998; 86(1): 102-6.

28. Pérez González R; Martínez Calero R; Fernández Rodríguez A; Martínez Rodríguez M.A; Rodríguez González E. Proceso enfermero: una realidad en el servicio urgencias a través de un registro estandarizado.

Rev Cient Soc Esp Enf Urgencia Emergencias. 2009 [acceso 20/03/2014] Disponible en:

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina6.html>

29. Aperador, L. A., Ardizzone, D. I. La Escala Visual Analógica. [ acceso 16/4/2014]

Disponible en: [http://jaimedelrio.es/wp-content/uploads/2013/05/La-Escala-Visual-](http://jaimedelrio.es/wp-content/uploads/2013/05/La-Escala-Visual-Anal%C3%B3gica.pdf)

[Anal%C3%B3gica.pdf](http://jaimedelrio.es/wp-content/uploads/2013/05/La-Escala-Visual-Anal%C3%B3gica.pdf)

## 10. ANEXOS

### 10.1 ANEXO 1: ENCUESTA



## CUESTIONARIO

### “MANEJO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR PERSONAL DE ENFERMERÍA”

- Sexo: Hombre\_\_\_\_  
Mujer\_\_\_\_
- Edad:\_\_\_\_
- Tiempo que lleva trabajando en el servicio\_\_\_\_ (meses)
- Tipo de contrato: Propiedad\_\_\_\_  
Interino\_\_\_\_\_  
Eventual\_\_\_\_\_

## FORMACIÓN EN CONOCIMIENTOS SOBRE EL DOLOR

-¿Qué titulación básica Universitaria tiene Vd.?

- Diplomado en enfermería
- Grado en enfermería

-¿Hace cuántos años que terminó la carrera de Enfermería?

En nº de años: \_\_\_\_\_

-Durante el desarrollo de su carrera universitaria ¿Recibió algún tipo de formación específica sobre el dolor y su abordaje?

- Sí
- No

-¿Cuánto tiempo se dedicó?

- <5 horas
- 5-10 horas
- >10 horas

-¿Le parece un aspecto importante abordar el dolor durante la carrera de Enfermería?

- Sí
- No

“Trabajo de investigación. Dolor en el Servicio de Urgencias: Gestión de enfermería. Patricia Pacios Domínguez. Universidad de Oviedo.”

-¿Ha realizado algún tipo de formación después de terminar la carrera en el manejo del dolor?

- Sí
- No

- ¿De qué tipo fue la formación?

- Perfil universitario
- Máster universitario
- Doctorado
- Otro (especificar)

-¿Recibió algún tipo de formación sobre el dolor a cargo de la empresa?

- Sí
- No

-¿Conoce la existencia de alguno de los siguientes métodos para la valoración del dolor?

- Medidas fisiológicas
- Escalas unidimensionales
- Cuestionarios de valoración del dolor
- Otros ¿cuáles?

## MANEJO Y VALORACIÓN DEL DOLOR

-En su experiencia ¿qué porcentaje de pacientes acuden habitualmente con dolor al servicio de urgencias?

- Menos del 20%
- Entre 20-40%
- Entre 40-60%
- Superior al 60%

-Desde su punto de vista, durante la estancia en el servicio de urgencias ¿Se realiza un control adecuado del dolor en los pacientes que lo precisan?

- Sí
- No
- A veces

-¿Existe un protocolo de actuación frente al manejo del dolor por parte del personal enfermero en el servicio de Urgencias?

- Sí
- No

-¿Se aplica de manera sistemática?

- Sí
- No

-¿Ha recibido información y/o formación sobre cómo abordar el dolor en urgencias?

- Sí
- No

-¿Realiza una valoración del dolor al paciente a la llegada al servicio de urgencias?

- Sí
- No
- A veces

-¿Reevalúa la intensidad del dolor en el paciente durante su estancia en el servicio para comprobar si ha disminuido o cesado después del tratamiento?

- Sí
- No
- A veces

- ¿Utiliza más de una herramienta para la valoración del dolor, en función del tipo de paciente?

- Sí
- No
- A veces

-¿Qué escalas utiliza para valorar la intensidad del dolor en el paciente?

- EVA.
- Otras ( citar)

-En la historia de urgencias del paciente, ¿refleja la escala que ha utilizado y el valor que se obtuvo con ella?

- Sí
- No
- A veces

COMENTARIOS O SUGERENCIAS

## 10.2 ANEXO 2: PERMISO DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GERENCIA ÁREA SANITARIA IV

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS  
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Oviedo, 7 de febrero de 2014

**Asunto:** Respuesta a solicitud para realización trabajo de investigación.

D. Ramón Corral Santoveña, Director de Enfermería del Área Sanitaria IV, autoriza a **D<sup>a</sup> Patricia Pacios Domínguez** estudiante de enfermería, a la recogida de datos para el trabajo fin de Master que lleva por título "**Manejo enfermero del dolor en el Servicio de Urgencias**", recordando a la solicitante que en la utilización de estos datos debe mantenerse en todo momento la confidencialidad y privacidad de los mismos.

Un saludo.



Fdo.: Ramón Corral Santoveña  
Director de Enfermería del Área IV

“Trabajo de investigación. Dolor en el Servicio de Urgencias: Gestión de enfermería. Patricia Pacios Domínguez. Universidad de Oviedo.”

### 10.3 ANEXO 3: PERMISO COMITÉ DE ÉTICA



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité Ético de Investigación Clínica  
Regional del Principado de Asturias  
C/ Celestino Villamil s/n  
33006.-Oviedo  
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28  
Fax: 985.10.87.11  
e-mail: cecior\_asturias@hca.es

Oviedo, 4 de febrero de 2014

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 12/2014, titulado: "MANEJO ENFERMERO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS". Investigadora Principal: Dña. Patricia Pacios, con la tutorización de Ricardo F. Baldonado, como Trabajo Fin de Master, del Master de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos de la Universidad de Oviedo.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.



Fdo: Eduardo Arnáez Morál  
Secretario del Comité Ético de Investigación  
Clínica Regional del Principado de Asturias

“Trabajo de investigación. Dolor en el Servicio de Urgencias: Gestión de enfermería. Patricia Pacios Domínguez. Universidad de Oviedo.”

#### 10.4 ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### MANEJO ENFERMERO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

##### CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>DIA:</b>	<b>MES:</b>	<b>AÑO:</b>
-------------	-------------	-------------

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, con D.N.I \_\_\_\_\_.

##### DECLARO:

Que \_\_\_\_\_, me ha informado de forma comprensible, acerca de los aspectos fundamentales relacionados con la participación en este proyecto, así como de la confidencialidad y anonimato de los datos recogidos. Ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida. Por ello, otorgo libremente el presente consentimiento, sabiendo que lo puedo retirar en cualquier momento.

Al firmar el documento afirmo que:

- Reconozco que lo he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido

respondidas o explicadas de forma satisfactoria.

- Doy mi consentimiento para la participación en el procedimiento y firmo a continuación:

FIRMA DEL ENFERMERO:

FIRMA DEL INVESTIGADOR:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de 2014

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de 2014

