

## Dolor en el servicio de emergencia: correlación con las categorías de clasificación de riesgo\*

Wandressa Letícia Viveiros<sup>1</sup>  
Meiry Fernanda Pinto Okuno<sup>1</sup>  
Cássia Regina Vancini Campanharo<sup>1</sup>  
Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes<sup>1</sup>  
Gabiella Novelli Oliveira<sup>2</sup>  
Ruth Ester Assayag Batista<sup>1</sup>

Objetivos: correlacionar las categorías de clasificación de riesgo con grado de dolor de los pacientes en un servicio de emergencia. Método: estudio transversal, realizado en la Acogida con Clasificación de Riesgo con 611 pacientes. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, comorbilidades, duración de la queja, especialidad médica, signos y síntomas, resultado, color atribuida a la clasificación de riesgo y grado de dolor. Se utilizaron Análisis de Varianza, Prueba Chi cuadrado y la prueba de Razón de Verosimilitud. Resultados: la edad promedio fue de 42,1 años (17,8), 59.9% eran mujeres, con clasificación de riesgo verde (58,9%) y amarillo (22,7%) y comorbilidad prevalente a hipertensión arterial (18,3%). La intensidad de dolor más frecuente fue moderada (25.9%). En la categoría roja, los pacientes presentaron un mayor porcentaje de ausencia de dolor, en la azul, dolor suave, y en las categorías verde, amarillo y naranja, un porcentaje más alto de dolor severo ( $p < 0,0001$ ). Conclusión: de los pacientes que presentaron dolor, la mayoría se refiere a intensidad moderada. En relación con las categorías de riesgo, la mayoría de los pacientes de la categoría roja no informó dolor. Quienes fueron clasificados como verde, amarillo y naranja, mencionaron, en su mayoría, dolor intenso. Los pacientes de la categoría azul, reportaron, predominante, dolor leve.

Descriptorios: Triage; Servicios Médicos de Urgencia; Dolor; Enfermería de Urgencia; Dimensión del Dolor; Enfermería.

\* Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 121915/2016-6.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Hospital Universitário, São Paulo, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Viveiros WL, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Oliveira GN, Batista REA. Pain in emergency units: correlation with risk classification categories. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3070. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2415.3070>.

mes día año

URL

## Introducción

La situación de los servicios de emergencia ha sido motivo de preocupación para la comunidad y a la sociedad. La demanda de estos servicios ha aumentado debido a altos niveles de violencia urbana, accidentes y envejecimiento de la población, con un aumento de enfermedades crónicas<sup>(1-2)</sup>. Además, muchas de las asistencias realizadas en los servicios de emergencia son resultado de enfermedades de baja complejidad, encaminadas debido a la falta de estructura de la red básica de salud y que podrían ser resueltas en estos servicios, especializados o en emergencias de menor complejidad<sup>(3)</sup>. Este perfil de demanda caracteriza el servicio de urgencias (si) como una de las principales puertas de entrada al sistema de salud<sup>(4)</sup>.

El proceso de Acogida con Evaluación y Clasificación de Riesgo (AECR) fue implantado para mejorar la atención al cliente en los Servicios de Emergencia y consiste en un sistema de evaluación inicial de quejas de los pacientes con el objetivo principal de brindar atención inmediata, de acuerdo al nivel de gravedad y no por orden de llegada, como se solía atender en los viejos tiempos<sup>(1,4)</sup>.

La AECR, realizada por personal de enfermería, es una herramienta para reconocer a los pacientes que deben ser atendidos en el menor período de tiempo posible. En los años 1990, varios países adoptaron y mejoraron escalas para clasificar el riesgo de los pacientes. Las escalas internacionales más conocidas son: Emergency Severity Index (ESI), Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) y el Manchester Triage System (MTS). En 2004, el Ministerio de salud (MS) creó el programa de QualiSUS y la política nacional de humanización (PNH), a partir de la AECR en Brasil, basado en el protocolo de Manchester. Las escalas de AECR son diferentes entre ellas y a menudo adaptadas a los sitios donde son usadas, pero la mayoría de ellas, clasifica a los pacientes en cinco categorías de riesgo, y cada categoría representa un intervalo de tiempo en el que el paciente puede esperar para recibir atención médica, según la gravedad de su situación<sup>(1)</sup>.

Uno de los profesionales de la salud autorizados para realizar el proceso de Clasificación de Riesgo es el enfermero, que debe ser capacitado. En una breve consulta de enfermería se lleva a cabo la evaluación de la situación del paciente a través del examen físico con énfasis en sus quejas, antecedentes personales y medición de signos vitales basado en protocolos establecidos. Después de este proceso, el paciente debe ser informado sobre el tiempo de espera estimado. Cuando la queja está relacionada con dolor es algica, su intensidad debe ser evaluada según el protocolo adoptado en la institución<sup>(5)</sup>.

El dolor es una respuesta sintomática del organismo, y es una señal relevante en el momento

de la evaluación. Cuando la demanda para servicios de emergencia está motivada por el dolor, esta queja, que se puede percibir de diferentes maneras, debe ser evaluada por la enfermera con cuidado para proporcionar la mejor atención<sup>(6)</sup>.

El dolor es definido por la Sociedad Americana del Dolor como quinto signo vital y debe ser evaluado así como la temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial, y su evaluación ayuda en el diagnóstico del problema presentado por el paciente<sup>(6)</sup>. Los enfermeros deben investigar el dolor y utilizar instrumentos que ayuden a medirlo y a dar una respuesta de analgesia. El alivio del dolor proporciona comodidad y bienestar al individuo y promueve la salud durante la hospitalización o domiciliar<sup>(7)</sup>.

El dolor en el SE, en la mayoría de los casos, se presenta como agudo y puede estar relacionada con traumatismos o procesos inflamatorios<sup>(6)</sup>. El manejo no adecuado del dolor puede causar daños como aumento de la presión arterial, pulso y respiración, y resultar en un empeoramiento del cuadro del paciente<sup>(6)</sup>.

Se identificaron algunos obstáculos en la evaluación de las quejas relacionadas a dolor de pacientes en Clasificación de Riesgo como, por ejemplo, el relato prejudicado de pacientes debido a cambios en su estado emocional, la ansiedad por el estado físico y mental afectado y el tipo de enfoque profesional, porque a menudo el lenguaje técnico dificulta la comprensión del paciente. Además, en estos lugares, hay un gran número de tareas a realizar en un corto tiempo, debido al excesivo flujo de pacientes y un servicio más rápido, que puede perjudicar la evaluación del dolor como signo vital<sup>(6)</sup>.

El manejo del dolor en el Servicio de Emergencia es complejo, debido a su subjetividad y sigue siendo un desafío. La calidad asistencial, segura y eficaz, evitará complicaciones secundarias al prolongamiento del período de dolor y proporciona mayor comodidad al paciente en la asistencia<sup>(8)</sup>.

Ante lo expuesto, el objetivo de este estudio fue correlacionar las categorías de Clasificación de Riesgo con grado de dolor de los pacientes en un servicio de emergencia. Y el objetivo secundario fue establecer una correlación entre el grado de dolor con variables sociodemográficas, comorbilidades, especialidad médica de asistencia y signos y síntomas que presentan los pacientes buscando atención en el Servicio de Emergencia.

## Método

Se trata de un estudio transversal con análisis cuantitativo, llevado a cabo en el sector de Acogida con Clasificación de Riesgo de una sala de urgencias del Hospital San Pablo (HSP), institución pública, universitaria, de alta complejidad y situada en la zona sur de São Paulo.

La AECR funciona 24 horas al día, siete días a la semana, y es realizada por un enfermero que hace una consulta de enfermería breve, en la que el paciente se clasifica por color según las categorías de gravedad. El protocolo AECR utilizado en el Hospital de São Paulo fue desarrollado en la institución sobre la base de protocolo del Ministerio de Salud, pero utiliza cinco categorías de gravedad (colores)<sup>(1)</sup>. Los colores utilizados y los tiempos recomendados son, respectivamente: rojo (inmediato), naranja (asistencia en hasta 10 minutos), amarillo (hasta 60 minutos), verde (hasta 120 minutos) y azul (hasta 240 minutos). Después de la clasificación, el paciente es encaminado a las especialidades clínicas (medicina interna, neurología y psiquiatría) o quirúrgicas (cirugía general, ginecología, neurocirugía, otorrinolaringología y ortopedia). La clasificación de pediatría y oftalmología es realizada por médicos especialistas. Esta información se registra en el archivo médico y se almacena en el sistema de información institucional.

La muestra consistió en 611 registros digitalizados de pacientes mayores de 18 años atendidos en AECR durante los meses de abril a junio de 2014, como parte del proyecto de Maestría aprobado con el CAEE: 05739412910015505. Los criterios de inclusión fueron todos los registros de pacientes mayores de 18 años en el período propuesto. Fueron excluidas las fichas incompletas o ilegibles. Considerando que este estudio fue observacional y la recolección de datos relacionado a los pacientes se llevó a cabo por medio de registros electrónicas, sin causar ningún tipo de interferencia en el sector o en la asistencia a los pacientes, el estudio no precisó la firma consentimiento informado, e acuerdo a la aprobación del proyecto. El acceso a los datos se realizó a través del programa Sistema de Gestión Hospitalario del Departamento de Tecnología de Información - HSP, después de su autorización. Se evaluaron datos relacionados con los pacientes como edad, sexo, comorbilidades, la duración de la queja, la especialidad médica de asistencia, signos y síntomas, resultado de la asistencia, el color asignado en la clasificación de riesgo y grado de dolor según escala numérica (EN), clasificando su intensidad en: sin dolor (0); dolor leve (1-4); dolor moderado (5-7) y dolor severo (8-10)<sup>(9)</sup>.

El software utilizado para el análisis fue el *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 19. El análisis descriptivo se utilizó para la caracterización socio demográfica, el color atribuido en la clasificación de riesgo, la duración de la queja y comorbilidades. Para las variables continuas se calculó la media, desviación estándar, mediana, mínimo y máximo y para las variables categóricas, frecuencia y porcentaje. Para comparar la intensidad del dolor con la edad, se usó el análisis de varianza (ANOVA). La intensidad del dolor se relacionó

con el sexo, los signos y los síntomas, antecedente de neoplasia, la categoría de clasificación de riesgo y la especialidad médica, por medio de la prueba de Chi-cuadrado y, cuando necesario, la prueba de Razón de Verosimilitud. Se utilizó un nivel de significancia del 5% (p-valor < 0,05).

## Resultados

Entre las 611 fichas médicas de los pacientes analizados en este estudio, la edad promedio fue de 42,1 años (17,84%), la mayoría fueron mujeres 366 (59,9%), la duración de la queja para ir al Servicio de Emergencia varió de 1 a 365 días, la clasificación de riesgo de los pacientes fueron, verde (58,9%); amarillo (22,7%); naranja (7,9%); azul (5,9%) y rojo (4,6%), la mayoría de ellos fue atendido por la especialidad clínico general (37,3%), ortopedia (16%) y cirugía (13,4%), tuvieron alta hospitalaria (91,5%), las comorbilidades predominantes fueron la hipertensión (18,3%) y la diabetes mellitus (7,1%), los síntomas más frecuentes fueron los respiratorios (14,4%) y el dolor (46,3%). Los pacientes, al ser preguntados sobre el dolor, dijeron que no tenían dolor (37,6%), dolor leve (12,1%), moderado (25,9%) e intenso (24,4%).

Los pacientes con ausencia de puntuación de dolor fueron significativamente mayores que aquellos con dolor moderado, y los hombres mostraron un mayor porcentaje de ausencia de dolor mientras que las mujeres, dolor intenso (Tabla 1).

Los pacientes clasificados en la categoría roja presentaron un mayor porcentaje de ausencia de dolor mientras que los pacientes clasificados en las categorías verde, amarillo y naranja, dolor intenso y los de la categoría azul, dolor leve (Tabla 1).

Los pacientes atendidos en psiquiatría presentaron un mayor porcentaje de ausencia de dolor y aquellos asistidos por ortopedia, de dolor intenso (Tabla 1).

En relación con los signos y síntomas, los pacientes con síntomas respiratorios mostraron un mayor porcentaje de ausencia de dolor, mientras que los que no tenían estos síntomas, mayor porcentaje de dolor intenso (Tabla 2).

Los pacientes sin incapacidad para mover parte del cuerpo y aquellos con síntomas psiquiátricos y neurológicos presentaron un mayor porcentaje de falta de puntuación del dolor, mientras que aquellos con incapacidad para mover parte del cuerpo mostraron un mayor porcentaje de dolor moderado e intenso (Tabla 2).

Los pacientes que informaron náusea mostraron mayor porcentaje de dolor intenso, y aquellos sin náuseas, un mayor porcentaje de ausencia de dolor y dolor moderado (Tabla 2).

Tabla 1 - Comparación de la intensidad del dolor con la edad, el sexo, la categoría de clasificación de riesgo y la especialidad médica de asistencia de la población estudiada. São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variables	Intensidad del dolor				Total n (100%)	p-valor
	Ausencia n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Intensa n (%)		
<b>Edad (años)</b>						
Media (DP)*	44,7 (19,1)	41,3 (18,0)	37,8 (16,1)	42,9 (16,5)	42,1 (17,8)	0,0020 <sup>†</sup>
Total	230	74	158	149	611	
<b>Sexo</b>						
Femenino	125 (34,2)	37 (10,1)	100 (27,3)	104 (28,4)	366	0,0051 <sup>‡</sup>
Masculino	105 (42,9)	37 (15,1)	58 (23,7)	45 (18,4)	245	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	
<b>Clasificación</b>						
Azul	16 (44,4)	14 (38,9)	3 (8,3)	3 (8,3)	36	<0,0001 <sup>‡</sup>
Verde	115 (32,1)	49 (13,7)	108 (30,2)	86 (24,0)	358	
Amarilla	63 (45,7)	9 (6,5)	25 (18,1)	41 (29,7)	138	
Naranja	18 (37,5)	1 (2,1)	14 (29,2)	15 (31,3)	48	
Roja	15 (53,6)	1 (3,6)	8 (28,6)	4 (14,3)	28	
Total	227 (37,3)	74 (12,2)	158 (26,0)	149 (24,5)	608	
<b>Especialidad</b>						
Cardiología	17 (65,4)	3 (11,5)	3 (11,5)	3 (11,5)	26	<0,0001 <sup>‡</sup>
Cirugía	22 (26,8)	12 (14,6)	17 (20,7)	31 (37,8)	82	
Clínica general	101 (44,3)	23 (10,1)	60 (26,3)	44 (19,3)	228	
Ginecología	18 (36,0)	4 (8,0)	18 (36,0)	10 (20,0)	50	
Neurocirugía	5 (45,5)	-	4 (36,4)	2 (18,2)	11	
Neuroclínica	16 (55,2)	2 (6,9)	7 (24,1)	4 (13,8)	29	
Ortopedia	11 (11,2)	14 (14,3)	35 (35,7)	38 (38,8)	98	
ORL <sup>§</sup>	21 (31,8)	14 (21,2)	14 (21,2)	17 (25,8)	66	
Psiquiatría	19 (90,5)	2 (9,5)	-	-	21	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	

\*DP - Desvío estándar; †Análisis de Varianza; ‡Razón de Verosimilitud; §ORL - Otorrinolaringología

Tabla 2 - Comparación de la intensidad del dolor con los signos y síntomas presentados por los pacientes em el AECR\*. São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variables	Intensidad del dolor				Total n (100%)	p-valor
	Síntoma	Ausencia n (%)	Leve n (%)	Moderada n (%)		
<b>Respiratorio</b>						
Sí	49 (55,7)	9 (10,2)	20 (22,7)	10 (11,4)	88	0,0008 <sup>†</sup>
No	181 (34,6)	65 (12,4)	138 (26,4)	139 (26,6)	523	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	
<b>IMPC<sup>‡</sup></b>						
Sí	12 (14,0)	12 (14,0)	31 (36,0)	31 (36,0)	86	<0,0001 <sup>†</sup>
No	218 (41,5)	62 (11,8)	127 (24,2)	118 (22,5)	525	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	
<b>Psiquiátrico</b>						
Sí	22 (91,7)	2 (8,3)	-	-	24	<0,0001 <sup>†</sup>
No	208 (35,4)	72 (12,3)	158 (26,9)	149 (25,4)	587	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	
<b>Neurológico</b>						
Sí	30 (68,2)	2 (4,5)	6 (13,6)	6 (13,6)	44	0,0003 <sup>†</sup>
No	200 (35,3)	72 (12,7)	152 (26,8)	143 (25,2)	567	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	
<b>Náusea</b>						
Sí	11 (26,8)	6 (14,6)	7 (17,1)	17 (41,5)	41	0,0427 <sup>†</sup>
No	219 (38,4)	68 (11,9)	151 (26,5)	132 (23,2)	570	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	

\*AECR - Acogida com Evaluación y Clasificación de Riesgo; †Chi-Cuadrado; ‡IMPC - Incapacidad de mover parte del cuerpo

Los pacientes con neoplasias (n=25), presentaron mayor porcentaje de ausencia de dolor (n=12, 48%) y de dolor intenso (n=10, 40%) (p=0,0372).

## Discusión

La demanda de asistencia de emergencia ha aumentado y la mayoría de los pacientes reportó dolor en el momento de la AEER. A partir de esa queja, se utilizan recursos para clasificar y organizar las prioridades de estos pacientes. El dolor es una de las principales razones que pueden llevar a invalidez y causa de sufrimiento humano, que se refleja en la calidad de vida, y puede generar efectos psicosocial y económicos<sup>(10)</sup>.

En este estudio hubo un predominio de la demanda de mujeres por el Servicio de Emergencia con relación a los hombres y algunos factores puede explicar este hecho, como la resistencia que los hombres tienen para buscar un servicio de salud debido a tabúes construidos por la sociedad y factores socioculturales relacionados con el género, por los cuales la enfermedad se considera un signo de fragilidad y la búsqueda de asistencia médica, una manifestación de debilidad<sup>(11)</sup>.

Con respecto a las categorías de clasificación de riesgo, la mayoría de los pacientes fueron clasificados en la categoría verde (58,9%), seguida de las categorías amarilla (22,7%), naranja (7,9%), azul (5,9%) y rojo (4,6%), resultado similar a otro estudio nacional realizado en un hospital público de Diamantina, Minas Gerais, en el que pacientes de baja complejidad eran también mayoría<sup>(12)</sup>. Así, también fue demostrado que la excesiva cantidad de pacientes en el SE es una de las causas de la demanda de casos menos urgentes que podrían resolverse en la asistencia primaria de salud<sup>(1)</sup>.

El alta hospitalaria (91,5%) fue el resultado más frecuente en este estudio, así como en otra investigación realizadas en un hospital público minero, que observó la relación entre la clasificación de riesgo, mortalidad y permanencia hospitalaria. Cuando la categoría de calificación de riesgo asignada al paciente era menos grave, la posibilidad de alta hospitalaria era mayor<sup>(13)</sup>. Este requisito refuerza la necesidad de fortalecer estrategias de gestión para mejorar la asistencia según los modelos de servicios en red.

Cuando se analizaron las comorbilidades, este estudio identificó la hipertensión arterial (18,3%) y la diabetes *mellitus* (7,1%), lo que puede ser un reflejo de la alta prevalencia de estas enfermedades en la población en general<sup>(14-15)</sup>. Se sabe que estas comorbilidades se consideran factores de riesgo para diversas enfermedades, entre ellas la cardiovascular, y que posteriormente pueden generar mayores quejas de

salud, así como aumentar la demanda de Servicios de Emergencia<sup>(16)</sup>.

En el presente estudio, los síntomas que motivaron la mayor demanda para el servicio fueron el dolor (46,3%) y los síntomas respiratorios (14,4%), el mismo resultado que se encontró en otros dos estudios nacionales que evaluaron las quejas presentadas por los pacientes, segundo el protocolo de clasificación de riesgo<sup>(3)</sup>. El alto porcentaje de quejas por dolor puede estar relacionado con el gran número de pacientes que han buscado asistencia de clínicos generales, en las cuales muchos presentan enfermedades oncológicas y de ortopedia. Enfermedades musculoesqueléticas, que configuran un problema de salud mundial, generalmente implican dolor agudo y crónico<sup>(17)</sup>.

En relación con la intensidad del dolor referido por los pacientes de este estudio, la mayoría reportó ausencia de dolor (37,6%) y el resto, un dolor moderado (25,9%), intenso (24,4%) y leve (12,1%). En un estudio similar, realizado en hospital público de Aracajú, se encontró presencia de dolor severo (53,7%) y moderado (36,6%) y se puede concluir que la intensidad del dolor estaba relacionado con el motivo principal de búsqueda por el Servicio de Emergencia<sup>(10)</sup>. A pesar de que el dolor es uno de los principales motivos que llevan a recurrir a la sala de emergencia y aunque existen escalas para evaluar su intensidad, pocos profesionales usan estas herramientas durante la asistencia<sup>(7)</sup>. Estudio que evaluó el conocimiento de los enfermeros sobre el dolor, demostró que el 73,3% nunca asistió a un entrenamiento y que sus conocimientos sobre el manejo del dolor eran moderados<sup>(18)</sup>. Esto demuestra lo importante que es que los enfermeros tengan competencia y habilidades para realizar una evaluación completa de las quejas, sin desvalorizar el dolor referido por el paciente, que a menudo puede ser indicativo de la severidad del cuadro<sup>(10)</sup>.

La cantidad de participantes de esta investigación que no presentaron dolor fue significativamente mayor que aquellos con dolor moderado. Un estudio realizado en un Servicio de Emergencia en Aracaju mostró que los pacientes que tenían una queja de dolor moderada eran más de los que no tenían dolor, lo que corrobora los resultados de este estudio<sup>(10)</sup>. Los estudios demuestran que el factor de edad puede cambiar la experiencia del dolor en el paciente y el efecto del envejecimiento puede hacerlos menos sensibles a los estímulos dolorosos<sup>(19)</sup>.

Los pacientes de sexo masculino presentaron un mayor porcentaje de ausencia de dolor, mientras que las pacientes mujeres presentan un mayor porcentaje de dolor intenso. El dolor constituye una experiencia privada y subjetiva, no sólo resultante de las características de

las lesiones tisulares, sino que también integra factores emocionales y culturales individuales<sup>(7)</sup>.

Los pacientes en este estudio clasificados en la categoría roja no presentaron queja de dolor. Esto se debe en parte al hecho de que los pacientes clasificados en color rojo presentan un alto riesgo de muerte y su evaluación del dolor puede ser perjudicada debido a la priorización en la asistencia, la cual puede ser iniciada incluso antes de que el paciente esté registrado en el hospital<sup>(10,12)</sup>. Por otra parte, es común que los pacientes graves presenten cambios en la consciencia, lo que puede comprometer la evaluación del dolor<sup>(20)</sup>.

Los pacientes clasificados en las categorías verde, amarilla y anaranjada presentaron un porcentaje más alto de dolor intenso. El proceso de reconocimiento del dolor referido en el momento de la evaluación es subjetivo e individual y su evaluación puede influir en la categoría de riesgo en la que se clasificará al paciente<sup>(21)</sup>. En este estudio, los pacientes clasificados en la categoría verde reportaron dolor intenso. Sin embargo, los protocolos de clasificación existentes colocan las quejas de mayor intensidad de dolor como criterio de mayor gravedad, ya que éstas generan repercusiones fisiológicas, tales como aumento de la presión sanguínea, taquipnea, taquicardia, náuseas, como se observó en nuestro estudio, entre otros. Depende del enfermero detectar, a través de su percepción, la categoría y, sucesivamente, el tiempo de espera para la asistencia<sup>(21)</sup>.

Como el dolor es un síntoma común presentado en el SE, a pesar que a menudo se subestima, es mal evaluado y tratado, el juicio de prioridad, a veces, puede no ser el apropiado a la situación. La capacidad del enfermero de no interferir al paciente relatar la intensidad del dolor, sin embargo, es un obstáculo a ser enfrentado. La aplicación de un protocolo para el manejo adecuado del dolor por los enfermeros puede evitar retrasos en el tratamiento con analgésicos y mejorar la calidad de la atención al paciente<sup>(21)</sup>.

Los pacientes atendidos por la especialidad médica de psiquiatría presentaron un mayor porcentaje de ausencia de dolor. Este resultado se puede explicar ya que la evaluación del dolor implica la identificación de la enfermedad, el factor etiológico, el inicio, la duración, la distribución, los factores precipitantes y la mitigación, la calidad y la intensidad del dolor, y las pruebas sensoriales. En estos pacientes, la alteración del estado mental puede influir en la evaluación de los otros signos y síntomas, requiriendo una evaluación diferenciada y un tratamiento individualizado, a menudo difícil de realizar en el SE, debido a la situación de riesgo inminente<sup>(22)</sup>. Los pacientes de ortopedia mostraron un mayor porcentaje de dolor intenso, lo que ya se esperaba, ya que los

dolores musculoesqueléticos constituyen las principales causas de dolor en la población<sup>(17)</sup>.

En esta investigación, los pacientes con síntomas respiratorios mostraron un mayor porcentaje de ausencia de dolor, mientras que los que no presentaron síntomas respiratorios mostraron un mayor porcentaje de dolor intenso. Los problemas respiratorios son motivos frecuentes para recurrir a los SE y a menudo no se asocian con síntomas significativos de dolor y determinan situaciones de riesgo inminente de muerte. En estos casos, la percepción del dolor por parte del paciente puede verse obstaculizada por molestias respiratorias y a veces por la necesidad de analgesia y sedación para obtener una vía de área patente y tratamiento con ventilación mecánica<sup>(23)</sup>.

La ausencia de dolor fue más frecuente en pacientes que no tenían incapacidad para mover parte del cuerpo. Mientras que las personas con discapacidad mostraron un mayor porcentaje de dolor moderado e intenso. El dolor persistente y la movilidad y función perjudicadas son afecciones comúnmente asociadas con problemas musculoesqueléticos. Existe una estrecha relación entre las afecciones musculoesqueléticas dolorosas y la discapacidad o la disminución de la capacidad para mover o realizar algún tipo de actividad física, lo que resulta en una disminución funcional, pérdida de la independencia y baja calidad de vida. Para estas personas, no sólo debe instituirse el tratamiento analgésico habitual, sino un programa de rehabilitación individualizado<sup>(17)</sup>.

Los pacientes con síntomas psiquiátricos y neurológicos mostraron un mayor porcentaje de ausencia de dolor mientras que los individuos sin síntomas psiquiátricos y neurológicos presentaron dolor moderado e intenso. Los problemas físicos, mentales, psicológicos, conductuales e incluso sociales pueden desempeñar un papel importante en la percepción del dolor y sus reacciones, interfiriendo en la neuromodulación central de los estímulos aferentes. Diferentes enfoques, incluyendo los psicológicos, han tenido un gran impacto en la comprensión y el tratamiento de estos individuos. Tales pacientes requieren, a menudo, evaluación y terapia adicionales para obtener mejores resultados, pues estos desordenes pueden exacerbar o afectar negativamente la percepción del dolor y de la respuesta terapéutica<sup>(22)</sup>.

Los pacientes con náuseas presentaron, la mayor parte de las veces, dolor intenso. Este hallazgo se puede relacionar con el malestar que la náusea provoca, que puede provocar, a menudo, vómitos, lo que causa la contracción de los músculos de la pared abdominal y del tórax, causando dolor. Estos síntomas también pueden acompañar una variedad compleja de trastornos

gastrointestinales y enfermedades sistémicas que pueden tener dolor como consecuencia<sup>(24)</sup>.

Además, los medicamentos comúnmente utilizados para controlar el dolor, como los analgésicos opioides, tienen como efecto secundario frecuente las náuseas, asociando estos síntomas<sup>(25)</sup>.

El dolor en pacientes con neoplasias varió de ausencia (48%) a dolor intenso (40%). Esta queja puede variar dependiendo de la etapa de la enfermedad, y estudios muestran que el 90% de los pacientes en estadios avanzados de cáncer sienten un dolor más intenso<sup>(24)</sup>. El control del dolor oncológico puede ser difícil y a menudo el dolor es el producto final de un proceso que involucra aspectos emocionales, espirituales, cognitivos y sensoriales. El dolor, en estos casos, puede asociarse con la progresión de la enfermedad y causar en el paciente desesperanza y miedo, siendo necesario un cuidado diferenciado para el manejo del dolor en estos individuos<sup>(26)</sup>.

Las limitaciones de este estudio fueron su realización en un solo centro, recopilación de datos de registros, a menudo incompletos e ilegibles y el uso del protocolo AECC con adaptaciones a las necesidades de la institución, lo que puede limitar la comparación con otros estudios.

Este estudio puede contribuir con la práctica, ya que sus hallazgos demuestran la importancia de los profesionales que trabajan en la AECC para poder utilizar escalas de evaluación de la intensidad del dolor, ya que este síntoma es una experiencia individual y subjetiva, y su identificación puede influir en la categoría de gravedad atribuida y la experiencia del paciente en la calidad de la asistencia recibida.

Puesto que el dolor es una de las razones principales para buscar el SE, requiere el conocimiento de los enfermeros, que, la mayoría de las veces, son los profesionales responsables del primer cuidado y quienes definen el flujo del paciente en el servicio. Cada paciente tiene el derecho de expresar su dolor y recibir tratamiento para esta queja, y el enfermero y el equipo multiprofesional deben implementar estrategias efectivas para aliviar el dolor evitando los efectos nocivos que surjan de este síntoma y proporcionando asistencia humanizada a los pacientes.

## Conclusión

En este estudio, la intensidad del dolor relatado por el paciente, más frecuentemente, fue moderado. La asociación del dolor con las categorías de clasificación de riesgo demostró que los pacientes clasificados en color rojo presentaron, en su mayoría, ausencia de dolor, en

color azul, dolor leve y en los colores verde, amarillo y naranja, intenso dolor.

## Referencias

1. Saway R, Valenzuela R, Shoenberger JM, Mallon WK, Viccellio A. Emergency department overcrowding: evidence-based answers to frequently asked questions. *Rev Med Clin Condes*. 2017; 28(2) 213-9. doi:<http://dx.doi.org/10.3233/978-1-61499-664-4-67>
2. Miranda AR, Bós AJG. Relationship between physical function and decision-making capacity in oldest-old. *Pajar*. 2015;3(2):53-9. doi:<http://dx.doi.org/10.15448/2357-9641.2015.2.22532>
3. Guedes HM, Souza KM, Lima PO, Martins JCA, Chianca TCM. Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcome. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 Jul/Aug [cited Feb 3, 2016];23(4):587-94. Available from:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000400587&lng=en&nrn=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400587&lng=en&nrn=iso&tlng=en)
4. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific literature on the reliability and validity of the manchester triage system (MTS) protocol: A integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2015 [cited Feb 9, 2016];49(1):144-51. Available from:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000100144&lng=en&nrn=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100144&lng=en&nrn=iso&tlng=en)
5. Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2014 [cited Aug 1, 2016];22(2):218-25. Available from:[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt\\_0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf)
6. Butti L, Berti O, Lanfrit R, Bertolini R, Chittaro S, Delli Compagni S, et al. Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *J Pain Res*. 2017; 10:2479-88. doi: 10.2147/JPR.S138850
7. Song W, Eaton LH, Gordon DB, Hoyle C, Doorenbos AZ. Evaluation of Evidence-based Nursing Pain Management Practice. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(4):456-63. doi: 10.1016/j.pmn.2014.09.001
8. Silva A, Reis AL. Triple aim: a strategy for health systems transformation. *Revista ACRED*. [Internet]. 2016 [cited Jan 7, 2017]; 6(11):109-23. Available from:<http://cbacred.tempsite.ws/ojs/index.php/Acred01/article/view/240/283>
9. Daoust R, Beaulieu P, Manzini C, Chauny JM, Lavigne G. Estimation of pain intensity in emergency


- medicine: a validation study. *J Pain*. 2008;138:565-70. doi:10.1016/j.pain.2008.02.007
10. Silva JS, Cruz TAF, Ribeiro CJN, Santos VS, Alves JAB, Ribeiro MCO. Pain in patients attended at risk classification of an emergency service. *Rev Dor*. [Internet].2016 [cited Jan 2, 2017];17(1):34-8. Available from:<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n1/1806-0013-rdor-17-01-0034.pdf>
11. Sederholm Lawesson S, Isaksson RM, Ericsson M, Ångerud K, Thylén I, SymTime Study Group. Gender disparities in first medical contact and delay in ST-elevation myocardial infarction: a prospective multicentre Swedish survey study. *BMJ Open*. 2018;8:e020211. doi:10.1136/bmjopen-2017-020211
12. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Predictive value of the Manchester Triage System: evaluation of patients' clinical outcomes. *Rev Bras Enferm*. [Internet].2015 [cited Jun 5, 2018]; 68(1):40-5. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en\\_0034-7167-reben-68-01-0045.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en_0034-7167-reben-68-01-0045.pdf)
13. Gonçalves PC, Junior DP, Salgado PO, Chianca TCM. Relationship between risk stratification in emergency medical services, mortality and hospital length of stay. *Invest Educ Enferm*. [Internet].2015 [cited Mar 6, 2016];33(3):424-31. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n3/v33n3a05.pdf>
14. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Practice*. 2014; 103 (2): 137-49. doi: 10.1016/j.diabres.2013.11.002
15. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population Based Studies From 90 Countries. *Circulation*. 2016; 134: 441-50. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912
16. Moura JRA, Guimaraes MR, Teixeira SEXM, Carvalho EL, Machado ALG, Silva ARV. Lipid profile of university and association with cardiovascular risk. *Rev Enferm UFPI*. [Internet].2017 [cited Jun 21, 2017];6(1):40-6. Available from:<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/5841/pdf>
17. Briggs AM, Cross MJ, Hoy DG, Sánchez-Riera L, Blyth FM, Woolf AD, et al. Musculoskeletal Health Conditions Represent a Global Threat to Healthy Aging: A Report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health. *Gerontologist*. 2016; 56(2):43-55. doi:10.1093/geront/gnw002
18. Alzghoul BI, Abdullah NA. Pain Management Practices by Nurses: An Application of the Knowledge, Attitude and Practices (KAP) Model. *Glob J Health Sci*. 2015;8(6):154-60. doi:10.5539/gjhs.v8n6p154
19. Sousa-Munõz RL, Nogueira GF, Filho ENF. Perception of pain in elderly and young adults: clinical diversity in multidimensional evaluation of painful experience. *Rev Bras Med*. 2014 [cited Jun 10, 2017];71(9). Available from:[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5928](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5928)
20. Suzuki T. Does the combination use of two pain assessment tools have a synergistic effect? *J Intensive Care*. 2017; 5:1. doi: 10.1186/s40560-016-0195-7
21. Butti L, Bierti O, Lanfrit R, Bertolini R, Chittaro S, Delli Compagni S, et al. Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *J Pain Res*. 2017; 16(10):2479-88. doi: <https://doi.org/10.2147/JPR.S138850>
22. Perissinotti DMN, Portnoi AG. Psychobehavioral and psychosocial aspects of neuropathic pain patients. *Rev Dor*. 2016;17(1):79-84. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160055>
23. Mosier JM, Hypes C, Joshi R, Whitmore S, Parthasarathy S, Cairns CB. Ventilator strategies and rescue therapies for management of acute respiratory failure in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2015;66:529-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.04.030>
24. Stübe M, Cruz CT, Benetti ERR, Gomes JS, Stumm EMF. Perceptions of Nurses and Pain Management of Cancer Patients. *Rev Min Enferm*. 2015;19(3):704-10. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150053>
25. Kraychete DC, Garcia JBS, Siqueira JTT e Grupo de Especialistas. Recommendations for the use of opioids in Brazil: Part IV. Adverse opioid effects. *Rev Dor*. 2014; 15(3):215-23. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140047>
26. Yang Z, Yang R, Kwak MJ, Qdaisat A, Lin J, Begley CE, et al. (2018) Oncologic emergencies in a cancer center emergency department and in general emergency departments countywide and nationwide. *PLoS ONE*. 13(2): e0191658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191658>

Recibido: 20.08.2017

Aceptado: 13.08.2018

Autor correspondiente:

Cássia Regina Vancini Campanharo

E-mail: [cvancini@unifesp.br](mailto:cvancini@unifesp.br) <https://orcid.org/0000-0002-7688-2674>**Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.