

Prevalença i maneig del dolor en un servei d'urgències

M. Belén Caurín, Georgina Armero, Vanessa Arias, Yolanda Fernández, Victoria Trenchs, Carlos Luaces

Servei d'Urgències de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Barcelona

RESUM

Fonament. Tot i que s'ha avançat en el coneixement científic dels mecanismes fisiopatològics del dolor i s'han incrementat els fàrmacs per tractar-lo, són nombrosos els estudis que manifesten que el dolor ni es detecta ni es tracta de manera adequada.

Objectiu. Conèixer la freqüència i el tipus de visites a urgències secundàries a patologies doloroses, i el seu maneig.

Mètode. Estudi descriptiu observacional. Inclou els pacients menors de 18 anys atesos els dijous d'octubre i novembre de 2010 a urgències per patologies doloroses.

Resultats. 608 visites (el 31,3% de les consultes) són per patologies doloroses; l'osteoarticular i l'abdominal són les més freqüents. En 539 casos (88,7%) es registra la presència o l'absència de dolor: 281 pacients (52,1%) presenten dolor en el moment de la visita –143 (26,5%), dolor lleu; 58 (10,8%), moderat; 2 (0,4%), intens, i 78 (14,4%), dolor d'intensitat inespecífica–. S'administra analgèsia a 39 pacients (11,9%) amb dolor a urgències, i es considera adequada en 30 casos (76,4%). Els analgèsics més administrats són metamizol i paracetamol, sempre amb la dosi adequada i amb l'administració en menys de 15 minuts en 35 pacients (83,3%).

Conclusions. Un alt percentatge de les visites ateses a urgències són per patologies doloroses. Es fa un bon registre del dolor, però la prescripció analgèsica és baixa.

Paraules clau: Dolor. Mesura del dolor. Analgèsia. Servei d'urgències.

PREVALENCIA Y MANEJO DEL DOLOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Fundamento. A pesar de que se ha avanzado en el conocimiento científico de los mecanismos fisiopatológicos del dolor y se han incrementado los fármacos para su tratamiento, son numerosos los estudios que manifiestan que el dolor ni se detecta ni se trata de manera adecuada.

Objetivo. Conocer la frecuencia y el tipo de visitas en urgencias secundarias a patologías dolorosas y su manejo.

Método. Estudio descriptivo observacional. Incluye los pacientes menores de 18 años atendidos los jueves de octubre y noviembre de 2010 en urgencias por patologías dolorosas.

Resultados. 608 visitas (31,3% de las consultas) son por patologías dolorosas, siendo la osteoarticular y abdominal las más frecuentes. En 539 casos (88,7%) se registra la presencia o ausencia de dolor: 281 pacientes (52,1%) presentan dolor en el momento de la visita –143 (26,5%), dolor leve; 58 (10,8%), moderado; 2 (0,4%), intenso, y 78 (4,4%), dolor de intensidad inespecífica–. Se administra analgesia a 39 pacientes (11,9%) con dolor en urgencias, considerándose adecuada en 30 casos (76,4%). Los analgésicos más administrados son metamizol y paracetamol, siendo siempre la dosis adecuada, y administrándose en menos de 15 minutos en 35 pacientes (83,3%).

Conclusiones. Un alto porcentaje de las visitas atendidas en urgencias son por patologías dolorosas. Se produce un buen registro del dolor, pero la prescripción analgésica es baja.

Palabras clave: Dolor. Medición del dolor. Analgesia. Servicio de Urgencias.

PREVALENCE AND MANAGEMENT OF PAIN IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Background. Although progress has been made in scientific understanding of the pathophysiological mechanisms of pain and has increased drugs for treatment, many studies showed that pain don't detect or treat properly.

Objective. To know the prevalence and sort of visits at the Emergency Department because of pain pathology and its management.

Method. Observational descriptive study. It includes patients aged less than 18, attended in October and November 2010 Thursdays at the Emergency Department because of painful pathology.

Results. 608 visits (31.3% of the total visits) are related to painful pathology, being osteoarticular and abdominal the most prevalent. Pain assessments are noted in 539 (88.7%) of cases, from whom 281 (52.1%) manifest pain at the moment of the visit (143-26.5% low, 58-10.8% moderate, 2-0.4% severe and 78-14.4% pain of non-specified intensity). Pharmacologic treatment is given to 39 (11.9%). The analgesic used is adequated in 30 (76.4%). The most used analgesics are metamizol and paracetamol, with a correct dose always and being administrated in less than 15 minutes in 35 (83.3%).

Conclusions. An important proportion of the visits to the Emergency Department correspond to painful pathology. The registration of the presence of pain on the medical report is considered good, but pharmacologic prescription is insufficient.

Key words: Pain. Pain Measurements. Analgesia. Emergency Department.

Aquest treball ha estat presentat a la XVI Reunió de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (Gijón, 7-9 d'abril de 2011).

Correspondència: Carles Luaces Cubells
Pg. Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona)
cluaces@hsjdbcn.org

Treball rebut: 24.10.2011
Treball acceptat: 28.10.2012

Introducció

El dolor és una experiència sensorial i emocional desagradable. Tot i que s'ha avançat en el coneixement científic dels mecanismes fisiopatològics del dolor i s'han incrementat els fàrmacs per tractar-lo, són nombrosos els estudis que manifesten que el dolor ni es detecta ni es tracta de manera adequada¹⁻³. Algunes de les causes que ho podrien explicar poden ser la por als efectes secundaris farmacològics, la creença que els infants perceben el dolor de manera diferent als adults⁴, o la manca de formació.

Fins fa poc, l'activitat mèdica es dirigia fonamentalment a tractar la malaltia, i el dolor es deixava com alguna cosa inherent a la pràctica assistencial.

El dolor implica un seguit de respostes psicològiques, hemodinàmiques, metabòliques i neuroendocrines que poden incrementar la morbiditat, motiu pel qual s'ha de tenir en compte i se n'ha de fer un diagnòstic i un tractament adequats.

En el procés del dolor s'ha de considerar com es detecta i com es gradua, per això s'utilitzen les escales de valoració del dolor⁵. Posteriorment, s'ha d'administrar l'analgèsia adequada, al més aviat possible, i valorar l'efectivitat del tractament⁶⁻⁷. El procés només finalitza quan el pacient es troba sense dolor.

Els objectius d'aquest treball són conèixer la prevalença del dolor en els pacients atesos en un servei d'urgències (SU) i valorar-ne l'avaluació i el maneig, amb vista a detectar els punts dèbils del procés i proposar eines que en millorin la detecció i l'abordatge.

Pacients i mètode

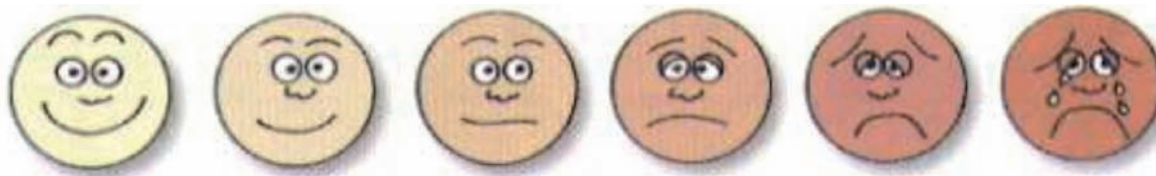
L'estudi es desenvolupa al SU d'un hospital urbà maternoinfantil de tercer nivell que és centre de referència d'una àrea d'1.800.000 habitants i que l'any 2010 va atendre una mitjana de 265 visites diàries.

Es tracta d'un estudi descriptiu observacional. S'analitzen les consultes dels pacients menors de 18 anys at-

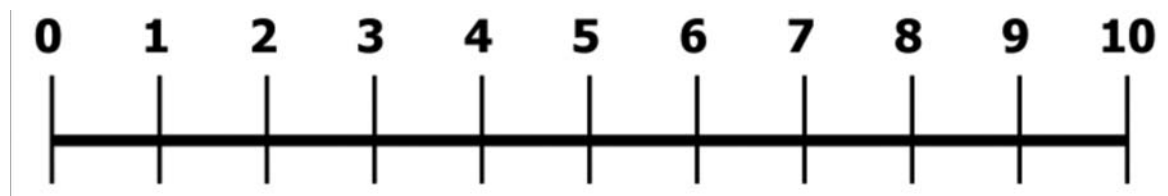
TAULA I

Escales d'avaluació del dolor

Escala de cares de Wong-Baker: >4 anys. Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) de Hicks i col·l. (2001)



Numèrica: >8 anys



FLACC: >1 mes fins a 4 anys i no col·laboradors

CATEGORIES	0	1	2
Cara (Face)	Absència d'expressió particular o somriure	Ganyotes o arrufades de l'entrecella esporàdiques; infant retret, indiferent	Tremolor del mentó freqüent o constant; mandíbula contreta
Cames (Legs)	Posició normal o relaxada	Incòmode, inquiet, tens	Picament de peus o elevació de les cames
Activitat (Activity)	Estirat tranquil·lament, posició normal, es mou fàcilment	Es retorça, es balanceja cap enrere i cap endavant, tens	Arquejat, rígid o amb sacsejades
Plor (Cry)	Sense plor (adormit o despert)	Gemecs o plorícol amb alguna ganyota esporàdica	Plor constant, crits o sanglots, queixes freqüents
Consolació (Consolability)	Content, relaxat	Es tranquil·litza i es distreu quan se'l toca, se l'abraça o se li parla	Difícil de consolar o tranquil·litzar

INSTRUCCIONS GENERALS

Escala conductual: FLACC. Se sumen els punts de les cinc categories.

Autoavaluació (escala de cares i escala numèrica): 0 = absència de dolor; 10 = moltíssim dolor. Avaluar a intervals establerts. Incrementar la freqüència si l'escala és ≥4. Reavaluar després del tractament analgèsic.

0 = no dolor. 1-3 = dolor lleu. 4-7 = dolor moderat. 8-10 = dolor intens.

sos per patologies doloroses al SU els dijous d'octubre i novembre de 2010 (un total de 8 dies). En la història clínica informatitzada es recullen les variables següents: edat, sexe, dolor com a motiu principal o símptoma acompanyant; constància del registre de dolor durant la visita mèdica, i en cas de presentar-ne, la intensitat. Un cop avaluats el dolor i la intensitat, es registra si s'administra tractament analgèsic i, en cas afirmatiu, quin fàrmac es prescriu, si és adequat a la intensitat, el temps des de la detecció del dolor fins a l'administració (menys o més de 15 minuts) i la via utilitzada.

Per a l'avaluació del dolor s'utilitza l'escala FLACC⁸ per a menors de 4 anys i per a tots els no col·laboradors; l'escala de cares de Wong-Baker⁹ per a pacients d'entre 5 i 7 anys, i l'escala numèrica VAS¹⁰ per a majors de 8 anys (Taula I).

Per valorar l'adequació del tractament, tant pel que fa al fàrmac com a la dosi, se segueix la pauta de tractament del dolor de l'hospital¹¹ (Taula II).

Les dades extretes s'emmagatzemen i es processen en una base de dades relacional Microsoft Access 2007. Les dades s'analitzen amb el programa Statistical Package for the Social Sciences versió 19 per a Windows.

Resultats

Durant el període d'estudi, 608 de les 1.945 consultes ateses a urgències són per patologies doloroses (prevalença 31,3%; IC 95%: 29,2-33,3). Corresponen a infants del sexe masculí 338 (56,3%), amb una mitjana d'edat de 7,4 anys (p25-75: 3,5-11,8 anys).

En 484 pacients (79,6 %) el dolor és el motiu principal de consulta, mentre que en els 124 restants (20,4%) es presenta com a símptoma acompanyant. El dolor osteoarticular (198; 32,6%) i l'abdominal (144; 23,7%) són les àlgies més freqüents (Taula III).

En 539 consultes (88,7%) consta la valoració del dolor: 143 (26,5%) presenten dolor lleu; 58 (10,8%), moderat; 2 (0,4%), intens, i 78 (14,4%), dolor sense intensitat especificada. En 258 casos (47,9%) no es detecta dolor en el moment de la visita.

Dels 281 pacients (52,1%) en què es detecta dolor, s'administra analgèsia a 39 (13,9%), de la manera següent: 10 (7%) del total de pacients que tenien dolor lleu, 22 (38%) del total de pacients amb dolor moderat, 2 (100%) dels pacients amb dolor intens i 5 (6,4%) dels pacients amb dolor d'intensitat no especificada.

Es considera adequada la pauta analgèsica utilitzada en 30 dels casos (76,4%) en què s'administra tractament. No es va administrar analgèsia adequada a cap dels pacients amb dolor intens. Els analgèsics administrats són metamizole (19; 45,2%), paracetamol (13; 31,0%), ibuprofèn (8; 19,0%) i naproxèn (1; 2,4%), i les vies d'administració que s'utilitzen són l'oral en 19 casos (45,2%), endovenosa en 17 (40,5%), intramus-

cular en 4 (9,5%) i rectal en 1 (2,4%). Dos pacients van rebre dos fàrmacs. En tots els casos la dosi és adequada i en 35 (85,3%), el temps d'administració del fàrmac des de la detecció del dolor és de menys de 15 minuts.

Discussió

Aquest treball corrobora que un alt percentatge de les visites ateses a urgències són per patologies doloroses, la majoria com a motiu principal de la consulta, motiu pel qual s'hauria de preguntar de manera dirigida sobre aquest aspecte.

En general es produeix un bon registre del dolor a l'informe d'urgències, similar a altres treballs¹²⁻¹³. Aquest primer punt és important, ja que un maneig apropiat del dolor comença per fer-ne una correcta valoració, i això pot portar, tal com ja han demostrat alguns autors¹³⁻¹⁴, a un augment de la prescripció d'analgèsics (es tracta el que es detecta). Entre els pacients en què queda recollit el dolor, el segon grup més freqüent, després dels que presenten dolor lleu, és el grup en què el dolor no està especificat. Això pot influir en la valoració de l'adequació del tractament.

Es troben com a àlgies més freqüents l'ostearticular (en general, relacionada amb traumatismes i fractures) i l'abdominal. Tot i que la mostra està composta per pacients amb dolor com a motiu principal de consulta o símptomes acompanyants, cal destacar que el 47,9% de la mostra no presenta dolor al moment de la visita. Aquest fet probablement és degut al fet que determinats tipus de dolor (com l'abdominàlgia de característiques còliques, l'otàlgia o la cefalea) es poden presentar al SU a intervals lliures de dolor.

Pel que fa al tractament analgèsic, s'observa un seguiment adequat de la pauta hospitalària en els pacients als quals s'administra, però la prescripció analgèsica és baixa, especialment en els pacients amb dolor d'intensitat lleu (només es tracta el 7%) i moderada (només es tracta el 38%). Es podria acceptar que en casos de dolor lleu no fos necessari administrar analgèsia a urgències, i que n'hi hagués prou amb la prescripció per al domicili, però necessita millorar la xifra de tractament analgèsic en pacients amb dolor d'intensitat moderada. En cap cas amb dolor intens es va administrar analgèsia adequada. Això pot ser degut a la falta de maneig amb l'ús d'analgèsics majors, com ara els opioïdes.

L'elevada prevalença de consultes per dolor abdominal podria ser un factor que influeixi en la baixa prescripció analgèsica, ja que el seu tractament és un tema controvertit, per la por d'emascarar un possible abdomen agut, tot i haver-se fet diversos estudis que demostren la seguretat de l'ús d'analgèsia en aquests pacients¹⁵⁻¹⁶. Tot i això, les xifres es corresponen amb les presentades en altres estudis, com el de Boyd¹⁷, que aconsegueix, després d'un programa de formació,

TAULA II

Pauta del tractament del dolor

PREVENCIÓ I TRACTAMENT DEL DOLOR DAVANT DE PROCEDIMENTS DOLOROSOS			
Fàrmac/Producte	Via/Dosi	Criteris d'indicació	Observacions
Sacarosa	Oral: Solució al 20%. 20 g de sacarosa més 100 ml d'aigua. Administrar de 0,5 a 2 ml de sacarosa al 20%. Administrar de 2 a 4 minuts abans de fer el procediment. L'analgèsia dura uns 8 min.	Procediments dolorosos amb finalitat terapèutica o diagnòstica. Útil en nounats.	
Lidocaïna 4% crema (LMX 4 nr/ Lmbdalina®)	Tòpica: crema amb apòsit. Aplicar entre 20 i 30 minuts abans de fer el procediment i retirar. L'analgèsia té una durada d'1 hora.	Procediments dolorosos. Exemple: venopunció. Pell sana i intacta.	FDA: > 2 anys. No netejar la pell abans d'aplicar el gel. No necessita apòsit, però s'aconsellava utilitzar-lo en infants. Quan es retira el gel, s'ha de netejar la pell. Pot provocar enrogiment i inflamació. El temps d'aplicació no ha d'excedir d'1 h.
Lidocaïna 25 mg (2,5%) i prilocaïna 25 mg (2,5%) (EMLA®)	Tòpica: crema amb apòsit. NN < de 3 mesos: fins a 1 g de crema. Lactants: fins a 2 g de crema. Infants entre 1-5 anys: fins a 10 g de crema. Infants entre 6-11 anys: fins a 20 g de crema. Aplicar 1 hora abans de fer el procediment (15 min a la mucosa genital). L'efecte dura d'1 a 2 hores.	Procediments dolorosos. Pell sana i intacta. Mucosa genital. Exemple: venopunció, canulació venosa i procediments dermatològics superficials.	> 37 setmanes. Perjudicial en pacients amb metahemoglobinèmia. Reaccions locals com pal·lidesa i eritema.
Òxid nítrós + oxigen (Kalinor®, Entonox®)	Inhalatòria: gas amb mascareta. Indicada en infants a partir de 3 anys. L'efecte s'aconsegueix després de 3 minuts de la inhalació.	Produeix analgèsia i sedació conscient. Indispensable la cooperació activa. Procediments dolorosos.	Desorientació. Eufòria, marejos, nàusees i vòmits.
Tetracaïna	Tòpica: gel lubricant. Aplicar el lubricant a l'extrem distal de la sonda.	Sondatge vesical.	Reducció de parafimosi.
Lubrificant hidrosoluble	Tòpica: gel lubricant. Aplicar el lubricant a l'extrem distal de la sonda.	Administració d'ènemes. Sondatge nasogàstric o orogàstric.	
LAT: lidocaïna 4%, adrenalina 0,1%, tetracaïna 0,5%	Tòpica: gel/crema. Aplicar dins els marges de la ferida entre 15 i 30 minuts abans de la sutura. L'efecte dura de 45 a 60 minuts.	Sutura simple de ferida > de 6 mesos.	No aplicar en zones distals.
Benzocaïna 20%	Tòpica: aerosol. Aplicable en mucoses > de 2 anys. Aplicar entre 30 i 60 sg abans. L'efecte dura de 12 a 15 minuts.	Indicada per utilitzar a la cavitat bucal.	
Lidocaïna 1% o 2%	Tòpica: infiltració. Infants < 12 anys: 3 mg/kg/dosi. Infants > 12 anys i adults: fins a 200 mg/dosi.	Indicada per a sutura de ferides.	Es pot minimitzar el dolor de la infiltració afegint bicarbonat sòdic IM en proporció 1:9.
Buzzy o «abella»	Tòpica: dispositius (joguina). L'analgèsia es produeix per la vibració que arriba a les terminacions nervioses. Col·locar l'abella com més a prop millor de la zona on s'ha de punxar, uns 15 segons abans, i durant la punció.	Punció capil·lar (col·locar al palmell de la mà o al mig del taló), subcutània, intramuscular, o IV (en aquest cas deixar un màxim de 3 minuts)	
Clorur d'etil	Tòpica: crioadestèsia. Aplicació en aerosol a 5 cm de distància durant 5 segons.	Procediments dolorosos de curta durada (venopunció).	Inflamable. Evitar la inhalació (narcòtic). Tòxic hepàtic i renal. repetir la dosi.
ANALGÈSICS PER AL DOLOR LLEU			
Fàrmac	Via	Dosi	
Analgèsics-antipirètics			
Paracetamol	Oral/rectal	15-20 mg/kg/4-6 h (màx. 90 mg/kg/dia en lactants i infants) En nounats, 6-8 h (màx. 60 mg/kg/dia), màx. 4 g/dia	
	EV	15 mg/kg/4-6 h (màx. 60 mg/kg/dia en infants), màx. 4 g/dia En nounats o < 10 kg: 7,5 mg/kg/4-6 h (màx. 30 mg/kg/dia)	
<i>Efectes indesitjables: necrosi hepàtica aguda per sobredosificació (precaució en insuficiència hepàtica o renal).</i>			
Analgèsics-antipirètics-antiinflamatoris			
<i>Efecte antiinflamatori lleu</i>			
Ibuprofèn	Oral (> 3 mesos)	5-10 mg/kg/6-8 h (màx. 40 mg/kg/dia), màx. 2,4 g/dia	
<i>Efectes indesitjables propis dels AINES, però amb toxicitat gastrointestinal més baixa (dispèpsia, dolor, ulcus, alteracions renals i hepàtiques). Contraindicat en asma o urticària associada a AINES, sagnat digestiu, coagulopatia, darrer trimestre d'embaràs. màx.: dosi màxima; EV: endovenós</i>			

ANALGÈSICS PER AL DOLOR MODERAT				
Fàrmac	Via	Dosi		
Opioides lleus				
Tramadol	Oral/EV	1 mg/kg/6-8 h (màx. 400 mg/dia)		
<i>Efectes indesitjables: nàusees, vòmits, confusió i convulsions. Contraindicat en porfíria i amb fàrmacs IMAQ.</i>				
Codeïna	Oral/rectal (> 2 anys)	0,5-1 mg/kg/4-6 h (màx. 240 mg/dia)		
<i>Efectes indesitjables: nàusees, vòmits, estrenyiment i depressió respiratòria.</i>				
Analgèsics-antipirètics				
Metamizole	Oral (> 4 mesos)			
	Rectal (> 3 mesos)	20 mg/kg/6-8 h (màx. 6 g/dia)		
	IM/EV (> 3 mesos)	20-30 mg/kg/6-8 h (màx. 6 g/dia)		
<i>Efectes indesitjables: leucopènia i/o agranulocitosi; hipotensió i quadre vagolític si l'administració és ràpida.</i>				
Analgèsics-antipirètics-antiinflamatoris. AINES				
<i>Efecte antiinflamatori lleu</i>				
Ketorolac	Oral (> 16 anys)	10 mg/4-6 h (màx. 40 mg/dia i 7 dies)		
	EV (> 6 mesos) / IM	0,5 mg/kg/6 h (màx. 15 mg/dosi o 60 mg/dia en infants; 90 mg/dia en adults i màxim 48 h)		
<i>Efecte antiinflamatori potent</i>				
Diclofenac	Oral/rectal (> 1 any)	0,3-1 mg/kg/8-12 h (màx. 150 mg/dia)		
	IM (> 2 anys)	0,3-1 mg/kg/12 h (màx. 150 mg/dia i màxim 48 h)		
Dexketoprofèn	Oral (> 14 anys)	12,5 mg/4-6 h o 25 mg/8 h (màx. 75 mg/dia)		
	EV/IM (> 14 anys)	50 mg/8-12 h (màx. 150 mg/dia i màxim 48 h)		
Naproxèn	Oral (> 5 anys)	5 mg/kg/12 h (màx. 1 g/dia)		
<i>Efectes indesitjables propis dels AINES (dispèpsia, dolor, ulcus, alteracions renals i hepàtiques). Contraindicat en asma o urticària associada a AINES, sagnat digestiu, coagulopatia, darrer trimestre d'embaràs i porfíria aguda (diclofenac, ketorolac). màx.: dosi màxima; EV: endovenós; IM: intramuscular</i>				
ANALGÈSICS PER AL DOLOR INTENS				
Fàrmac	Via	Dosi		
Morfina	Oral	Lactants 80-200 µg/kg/4 h	Infants 200-500 µg/kg/4 h (màx. 20 mg)	Adults 5-20 mg/4 h
	EV	Nounats 20-100 µg en 5 min 5-20 µg/kg/h	Infants 50-200 µg/kg en 5' 10-50 µg/kg/h	Adults 5-10 mg en 5' 0,8-1,2 mg/h
	IM/SC	Nounats 100 µg/kg/6 h	Infants 100-200 µg/kg/4 h	Adults 2,5-10 mg/4 h
Fentanil	EV	Nounats 1,3 µg/kg en 5 min 0,5-4 µg/kg/h	Infants 1,5 µg/kg en 5' 0,5-4 µg/kg/h	Adults 50-200 µg en 5 min 0,5-4 µg/kg/h
	Submucós		Infants 15-20 µg/kg/dosi	Adults 15-20 µg/kg/dosi
Meperidina	EV		Infants 1-1,5 mg/kg/4 h en 5' 0,3-0,7 mg/kg/h	Adults 50-150 mg/3-4 h en 5 min
<i>Efectes indesitjables: nàusees, vòmits, sedació, retenció d'orina, depressió respiratòria. Observacions: el fentanil és indicat en insuficiència renal, pruija o no analgèsia amb dosis incrementals de morfina. Depressió respiratòria perllongada en nounats amb fentanil. Convulsions per acumulació de nomeperidina. EV: endovenós; IM: intramuscular; SC: subcutani.</i>				
TÈCNiques NO FARMACOLÒGIQUES				
És recomanable la presència dels pares durant tota l'hospitalització (fins i tot durant la realització dels procediments). No s'han d'oblidar les tècniques no farmacològiques adequades a l'edat per calmar l'ansietat i la por associades al dolor.				

tractar el 34% dels pacients amb dolor; o el de Goldman¹⁸, que administra analgèsia al 26% dels pacients que consulten per dolor abdominal, o el de Green¹⁹, que ho fa al 14% d'una sèrie similar.

Les limitacions de l'estudi són les pròpies d'un estudi retrospectiu; hi pot haver pacients amb dolor durant la visita dels quals no s'hagi fet el registre, o bé pacients a qui s'hagi administrat analgèsia i aquesta no hagi estat registrada. Sobretot, es pot donar aquesta situació en pacients amb processos urgents que requereixin tractament de forma ràpida.

Tenint en compte els resultats obtinguts a l'estudi, s'hauria d'optimitzar el maneig del dolor al SU, atenent a la prevalença i a les complicacions. Per això, així com refereixen altres autors^{3, 13}, s'hauria d'apostar per una millor formació dels professionals i per l'elaboració de protocols específics. Estudis fets objectiven que l'aplicació d'intervencions educatives tenen resultats positius en el maneig del dolor i haurien de ser aplicades sistemàticament^{13, 20}. Al centre d'estudi, arran d'una alta sensibilització pel tema, l'any 2010 es va crear una comissió hospitalària per a temes relacionats amb el

TAULA III

Tipus de dolor i freqüència de presentació

Tipus de dolor	Freqüència (n)	Percentatge (%)
Dolor osteoarticular	198	32,6
Dolor abdominal	144	23,7
Dolor mucocutani	61	10,0
Otàlgia	55	9,0
Cefalea	48	7,9
Odinofàgia	37	6,1
Disúria	24	3,9
Dolor toràcic	22	3,6
Dolor ocular	12	2,0
Odontàlgia	5	0,8
Dolor muscular	2	0,3
Total	608	100

dolor, gràcies a la qual s'han incorporat noves tècniques analgèsiques i s'actualitzen pautes que es difonen de manera activa als professionals sanitaris.

En conclusió, un alt percentatge de les visites ateses al SU són per patologies doloroses. Tot i que es produeix un bon registre del dolor, la prescripció analgèsica és baixa, per això es necessari continuar treballant en aquest aspecte i en la millora de la categorització del dolor.

Bibliografia

- Rupp T, Delaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2004; 4: 494-503.
- Herd D, Babl F, Gilhotra Y, Huckson S and PREDICT group. Pain management practices in paediatric emergency departments in Australia and New Zealand: A clinical and organizational audit by National Health and Medical Research Council's National Institute of Clinical Studies and Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative. *Emerg Med Australas* 2009; 21: 210-221.
- Razzaq Q. The underuse of analgesia and sedation in pediatric emergency medicine. *Ann Saudi Med* 2006; 26: 375-381.
- Alexander J, Manno M. Underuse of Analgesia in very young pediatric patients with isolated painful injuries. *Ann Emerg Med* 2003; 41: 617-622.
- Harrop JE. Management of pain in childhood. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2007; 92: 101-108.
- Chéron G, Cojocar B, Bocquet N. Analgesie aux urgences pédiatriques. *Arch Pediatr* 2004; 11: 70-73.
- Atkinson P, Chesters A, Heinz P. Pain management and sedation for children in the emergency department. *BMJ* 2009; 339: 1074-1079.
- Merkel SI, Shayevitz JR, Voepel-Lewis T, Malviya S. The FLACC: A behavioural scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing* 1997; 23: 293-297.
- Bieri D, Reeve RA, Champion GD, Addicoat L, Ziegler JB. The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experience by children: Development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990; 41:139-150.
- Wong D, Baker C. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing* 1988; 14: 9-17.
- Perelló M, Casals P, Cintora R, Duque E, Fernández Y, Gelabert G et al. Pauta de valoració, prevenció i tractament del dolor agut. Hospital Sant Joan de Déu. 2011. Accessible a la xarxa [data de consulta: juliol de 2011]. Disponible a : http://www.hsjdbcn.org/-polymitalimages/public/comites/no_dolor/2011_05_30_sense_dolor_pauta_valoracio_prevencio_tractament_dolor_agut_v3.pdf
- Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, et al. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007; 8: 460-466.
- Fernández Y, Parra C, Monfort L, López V, Trenchs V, Luaces C. Impact of a program to improve pain Management in an emergency department. *Eur J Emerg Med* 2010; 17: 110-112.
- Probst BD, Lyons E, Leonard D, Esposito TJ. Factors affecting emergency departments assessment and management of pain in children. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21: 298-305.
- Frei SP, Bond WF, Bazuro RK, Richardson DM, Sierzega GM, Wasse TE. Is early analgesia associated with delayed treatment of appendicitis? *Am J Emerg Med* 2008; 26: 176-180.
- Amoli HA, Golozar A, Keshavarzi S, Tavakoli H, Yaghoobi A. Morphine analgesia in patients with acute appendicitis: a randomised double-blind clinical trial. *Emerg Med J* 2008; 25: 586-589.
- Boyd RJ, Stuart P. The efficacy of structured assessment and analgesia provision in the paediatric emergency department. *Emerg Med J* 2005; 22: 30-32.
- Goldman RD, Crum D, Bromberg R, Rogovik A, Langer J. Analgesia administration for acute abdominal pain in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2006; 22: 18-21.
- Green RS, Kanabi A, Dostmohamed H, Tenenbein M. Analgesic use in children with acute abdominal pain. *Pediatr Emerg Care* 2004; 20: 725-729.
- Augarten A, Zaslansky R, Matok Pharm I, Minuskin T, Lerner-Geva L, Hirsh-Yechezkel G, et al. The impact of educational intervention programs on pain management in a pediatric emergency department. *Bio-emed Pharmacother* 2006; 60: 299-302.