

# El dolor del paciente hospitalizado: una epidemia mundial desatendida.

De acuerdo con la Joint Commission International el dolor es uno de los parámetros que determina la calidad de atención en las áreas hospitalarias; sin embargo, entre el 48 y 88% de los adultos presentan dolor moderado a severo en las primeras 24 horas de hospitalización, y entre el 34 a 40% de los niños hospitalizados sienten dolor a diario.<sup>1</sup>

A pesar de contar con numerosos recursos para el tratamiento, aun en el siglo XXI, el dolor agudo y crónico siguen siendo un problema mundial, lo que se relaciona a la falta de conocimiento sobre los diferentes tratamientos, el mal diagnóstico y una comunicación no efectiva entre los profesionales de la salud y el paciente. Se calcula que en los países industrializados entre el 15 al 30% de los pacientes sufren de dolor agudo o crónico.<sup>1,2</sup>

La International Association for the Study of Pain (IASP) define al dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial"; sin embargo, Cohen et al. agrega que el dolor es una experiencia subjetiva que existe solo en la persona que lo siente (perspectiva en primera persona), por lo tanto, el profesional de la salud debe establecer estrategias que le permitan realizar una valoración adecuada del dolor y no subestimarle poniendo en riesgo la seguridad del paciente.<sup>1,3</sup>

Por lo antes mencionado, la prevención y el manejo efectivo del dolor deben ser una prioridad para el equipo interprofesional, ya que de no realizarse ninguna intervención el paciente perderá gradualmente su independencia, funcionalidad, movilidad y confianza en sí mismo y en el equipo de salud.<sup>3</sup>

Por otra parte, es importante mencionar que la respuesta al dolor puede variar de acuerdo con los factores cognitivos, creencias, aspectos culturales y espirituales de cada persona, por lo tanto, cada individuo debe recibir un cuidado específico y acorde con sus características y necesidades.<sup>4</sup>

Es por esto, que el profesional de enfermería tiene la responsabilidad legal y humana de garantizar una estancia hospitalaria sin dolor, pero **¿Cómo actuar ante un paciente con dolor?**

A partir de este cuestionamiento, se realizó una revisión sistematizada de la evidencia científica disponible en las bases de datos SciELO, LILACS, CUIDEN y PubMed con una delimitación de 5 años en los idiomas español, inglés y portugués. Dicha búsqueda permitió constituir 3 categorías: 1) alteraciones fisiológicas y psicológicas, 2) escalas de valoración y 3) cuidados específicos.

## Alteraciones psicológicas y fisiológicas del dolor

El dolor puede afectar no solo el aspecto psicológico, sino también el físico; el primero se manifiesta con depresión, ansiedad, insomnio, alteraciones en la conducta, y por lo tanto, repercute en la calidad de vida, aumenta la morbilidad y los días de estancia hospitalaria; y el segundo puede alterar la frecuencia cardíaca y respiratoria, la presión arterial, y desde luego, la saturación de oxígeno, por mencionar algunos. Estas manifestaciones predisponen a eventos adversos como las caídas o retiro involuntario de dispositivos.<sup>1,3,4,5</sup>

## Escalas de valoración del dolor

La valoración del dolor debe ser un punto esencial en la atención al paciente hospitalizado, que permita al profesional de la salud realizar intervenciones que coadyuven a su disminución. Existen diferentes escalas para valorar el dolor, dentro de las que destacan la Escala Numérica (NRS), la Escala Visual Análoga (EVA) y finalmente la Escala Facial de dolor (Face Pain Scale), las tres escalas establecen un rango del 1 al 10, lo que determina el grado de dolor, estas

escalas son recomendadas en pacientes adultos por su nivel de sensibilidad y especificidad. Por otra parte, en el paciente pediátrico no se cuenta con una escala de valoración del dolor adaptada para la población mexicana, pero internacionalmente, la escala más utilizada es la FLACC (Face, Leg, Activity, Cry, Consolability) que valora la expresión facial, el movimiento de las piernas, la actividad, el llanto y si el paciente puede consolarse, lo que le permite al profesional de la salud interpretar signos de dolor en el paciente pediátrico que no puede comunicarse fácilmente.<sup>1,2,6</sup>

## Cuidados específicos<sup>1-8</sup>

- ▶ Realizar evaluaciones periódicas del dolor cada 6 a 8 hrs. o en función del estado clínico del paciente y garantizar una terapia analgésica efectiva, sobre todo cuando exista cambio de analgésico, dosis y vía de administración, así como, procedimientos invasivos.
- ▶ Registrar en la hoja de enfermería, intensidad de dolor, localización y nivel de dolor posterior al tratamiento.
- ▶ Mantener una comunicación estrecha con el paciente y solicitar informe de cualquier dolor o malestar.
- ▶ Hacer uso de medidas farmacológicas y no farmacológicas para garantizar un mejor control del dolor, tales como, contacto físico del cuidador primario, comunicación efectiva paciente-personal de salud, expresión libre de sentimiento, ambiente tranquilo/agradable y musicoterapia.
- ▶ Prevenir la presencia de dolor durante procedimientos invasivos, con la explicación de la intervención al paciente y administración de analgésicos por lo menos 30 minutos antes.
- ▶ Tener en cuenta las preferencias del paciente antes de administrar el analgésico, la vía más eficaz de administración y desde luego menos invasiva. En caso de ser necesario utilizar anestesia local.
- ▶ Utilizar la vía oral en pacientes con dolor crónico y agudo; sin embargo, tras una cirugía mayor se recomienda utilizar la vía intravenosa, ya sea en bolo o mediante infusión continua y garantizar la máxima absorción en el menor tiempo posible. La vía intramuscular no es recomendable en adultos ni pacientes pediátricos, ya que es dolorosa y su grado de absorción es variable.
- ▶ Corroborar alergias del paciente a los analgésicos e informar de los efectos secundarios.
- ▶ Identificar posible toxicidad en el paciente con alteraciones renales o hepáticas secundario al uso de analgésicos y proporcionar alternativas farmacológicas y no farmacológicas.
- ▶ Previo al alta hospitalaria informar al paciente y cuidador primario, sobre las medidas farmacológicas y no farmacológicas para el control del dolor, así como, explicar los signos y síntomas de alarma.

**En conclusión,** el dolor en las áreas hospitalarias sigue siendo subdiagnosticado, lo que repercute de manera significativa en el estado de salud y la calidad de vida del paciente, así como, aumento de costos y días de estancia hospitalaria. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben trabajar en conjunto e incidir en una valoración adecuada y periódica del dolor, hacer uso de tratamiento farmacológico y no farmacológico, y desde luego, nunca subestimar el dolor que puede referir un paciente.

¿Tienes algún comentario sobre la nota, requieres de mayor información o quieres proponer algún tema? Escríbenos al siguiente correo:  
[investigacioninc@cardiologia.org.mx](mailto:investigacioninc@cardiologia.org.mx)



## Referencias bibliográficas

1. Zoëga S, Sveinsdóttir H, Sigurdsson GH, Aspelund T, Ward SE, Gunnarsdóttir S. Quality Pain Management in the Hospital Setting from the Patient's Perspective. *Pain Pract.* 2014;15(3): 236-246.
2. Gunnarsdóttir S, Zoëga S, Serlin RC, Sveinsdóttir H, Hafsteinsdóttir EJ, Fridriksdóttir N. The effectiveness of the Pain Resource Nurse Program to improve pain management in the hospital setting: A cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2017; 75: 83-90.
3. Allen E, Williams A, Jennings D, Stomski N, Goucke R, Toye C. Revisiting the Pain Resource Nurse Role in Sustaining Evidence-Based Practice Changes for Pain Assessment and Management. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2018 Oct;15(5):368-376.
4. Medina CA, Pérez M. Medidas no farmacológicas implementadas por las enfermeras para el dolor de niños con Leucemia Linfocítica Aguda. *Index Enferm.* 2019;28(1-2):46-50
5. Erazo MA, Pérez L, Colmenares CC, Álvarez H, Suárez I, Mendivilso F. Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev Soc Esp Dolor.* 2015; 22(6): 241-248
6. Rolf-Detlef T. The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain Rep.* 2018 Mar; 3(2): e643.
7. Moreno-Monsiváis MG, Muñoz-Rodríguez MR, Interrial-Guzmán MG. Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Aquichan.* 2014; 14 (4): 460-472.
8. Pabón-Henao T, Pineda-Saavedra LF, Cañas-Mejía OD. Fisiopatología, evaluación y manejo del dolor agudo en pediatría. *Salutem Scientia Spiritus.* 2015; 1(2): 25-37.