



ORIGINAL

## Registros del dolor en hospitalización

A. Sánchez Domínguez, C. Amador Lorente, E. Muñoz Bodega, C. Ruíz Rodríguez,  
I. Braojos Moreno, I. Hernández Pérez

*Fraternidad-Muprespa. Madrid*

### Correspondencia:

Dr. Alejandro Sánchez Domínguez

Correo electrónico: alejandrosanchezdo@gmail.com

Recibido el 29 de enero de 2020

Aceptado el 5 de mayo de 2020

Disponible en Internet: junio de 2020

### RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación es reducir el dolor en los pacientes ingresados y evidenciar que una estandarización de los registros de enfermería del dolor favorece una recuperación funcional y disminuye el número de efectos adversos.

Para ello, diseñamos un plan dividido en 2 fases:

- Valoración y análisis del dolor en pacientes intervenidos en nuestro centro.
- Monitorización de los registros de dolor y formación del personal.

El resultado fue que la calidad de los registros de enfermería repercute directamente en la experiencia dolorosa de nuestro paciente hospitalizado.

**Palabras clave:** Dolor. Registro. Enfermería. Indicadores. Escala.

### ABSTRACT

#### Pain score nursery registry in hospital service

The aim of this study is to reduce pain in hospitalized patients. We believe that a standardized register in nursery will promote and improve functional recovery and diminishes the appearance of adverse effects. To demonstrate this, we designed a 2 phases project:

- Postoperative pain assessment and evaluation in patients hospitalized in our center.
- Monitoring of all pain records and training of all staff.

We found that the quality of nursery registers directly impacts in our admitted patients' pain experience.

**Key words:** Pain. Registry. Nursery. Indicators. Score.

### Introducción

La International Association for the Study of Pain define el dolor como "una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial".

Es un concepto subjetivo y existe siempre que un paciente diga que existe.

La Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas desde el año 2000 entiende el tratamiento del dolor como un derecho universal de los seres humanos.

El dolor es una experiencia derivada de la cirugía. Al no ser tratado, provoca efectos físicos y psicológicos, afectando negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional y aumentando el riesgo de complicaciones y de costes.

El estudio de Gerbershagen<sup>(1)</sup> de "cohortes retrospectivo" analiza la intensidad del dolor observada en pacientes sometidos a diferentes procedimientos quirúrgicos durante las primeras 24 horas. El resultado presenta diferentes grupos de intervenciones agrupadas por media de



<https://doi.org/10.24129/j.retla.03105.fs2005012>

© 2020 Sociedad Española de Traumatología Laboral. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® ([www.fondoscience.com](http://www.fondoscience.com)). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND ([www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/](http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)).

**Tabla 1. Estudio de Gerbershagen  
Intervención quirúrgica  
Media EN 3-5**

Artrodesis CV (1-2 s)
EMO
Artroscopia
Hepatectomía
Toracotomía
C. abdominal LPS
Histerectomía LPS
Nefrectomía LPS

**Tabla 2. Estudio de Gerbershagen  
Intervención quirúrgica  
Media EN 6,7**

COT
Histerectomía
C. abdominal LPT
Cesárea
Apendicectomía LPT
Hemorroides
Amigdalectomía
Colecistectomía LPS

dolor, leve-moderado (EN 3-5) e intenso (EN 6-7), respectivamente (Tablas 1 y 2).

## Objetivos

Nuestros objetivos principales para bajar la incidencia del dolor en nuestros pacientes ingresados son:

1. Concienciar y formar al personal de enfermería de la importancia de valorar y registrar el dolor.
2. Incluir la escala visual analógica (EVA) como quinta constante en nuestro registro de enfermería.
3. Elaborar un procedimiento común de evaluación de la EVA frente a situaciones de dolor.
4. Elaborar un procedimiento común de reevaluación de la EVA frente a situaciones de dolor.
5. Aumentar el número de registros de enfermería de valoración del dolor mensuales por encima del 90%.
6. Concienciar y formar al personal sanitario en que el abordaje de esta experiencia es multidisciplinaria.

7. Reducir la analgesia administrada de rescate en los pacientes hospitalizados.

## Metodología

Diseñamos un plan dividido en 2 fases:

- La primera fase del programa "Hospitalización sin dolor" se desarrolla mediante el diseño de un plan de trabajo multidisciplinar que contempla 2 tiempos:

- Conocer la prevalencia del dolor en nuestros pacientes hospitalizados mediante cortes mensuales durante 6 meses. Para ello, se realizó una evaluación inmediata al ingresar en planta tras ser sometido a un procedimiento quirúrgico mediante la escala visual numérica (EVN): valora el dolor mediante números del 0 al 10. La escala elegida para cuantificar el grado de dolor en el cuestionario es unidimensional, midiendo exclusivamente el componente sensorial, no los componentes afectivos ni cognitivo-evaluativo.

- Diseñar estrategias y medidas para mejorar el control del dolor. La prevalencia del dolor fue del 70,5%. El promedio de intensidad del "dolor posquirúrgico" fue de 3,9. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por género, aunque sí por tipo de cirugía, siendo más dolorosas las intervenciones de miembros inferiores.

Llegamos a la conclusión de que el registro del dolor es insuficiente a pesar de ser un factor determinante en la recuperación del paciente y es necesario formar y concienciar al personal de esta actividad<sup>(2)</sup>.

- La segunda fase del programa "Hospitalización sin dolor" aborda 2 planes de actuación encaminados a reducir y anticiparse a las situaciones de dolor en nuestro hospital. Estos planes son:

- Acción formativa: estandarización y formación del personal del centro en herramientas de evaluación del dolor y uso de rescates.

- Escala elegida: EVA.

- Evaluación del dolor:

- a. Al ingreso.

- b. Durante cualquier episodio de dolor.

- c. Tras la administración de analgésicos: por vía oral 1 h e intravenosa 20 min.

- d. En cada cambio de turno.

- e. Tras cualquier intervención.

- f. Antes del alta.

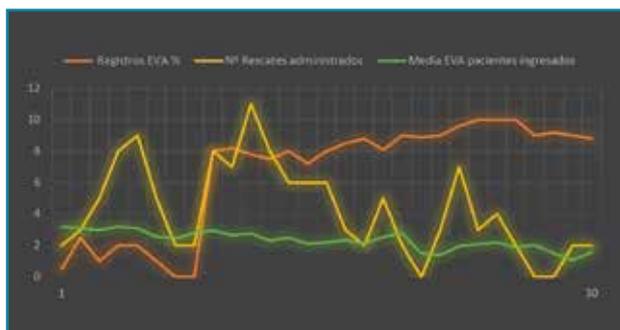
- Nunca debe sustituirse un rescate por una prescripción horaria adelantando la hora de administración de esta<sup>(3,4)</sup>.

- Estrategias de gestión: un plan de medición mediante indicadores de calidad para monitorizar el dolor en nuestro servicio<sup>(1,5)</sup>.

- N.º de registros de la EVA completos.

- N.º de rescates.

- Media de la EVA en pacientes ingresados.



**Figura 1.** Estudio retrospectivo en 75 pacientes durante 30 días registrando los indicadores de calidad como variables asignadas.

### Resultados

Realizamos un estudio retrospectivo en 75 pacientes durante 30 días, registrando los indicadores de calidad como variables. Pudimos comprobar que:

- N.º de registros de la EVA completos (**Figura 1**): aumento incluso hasta de un 100% tras la acción formativa.
- N.º de rescates (**Figura 1**): se elevó tras registrar correctamente la EVA, pero descendió en las sucesivas semanas al realizar ajustes en el tratamiento.
- Media de la EVA en pacientes ingresados: disminuyó de manera continuada a medida que fuimos integrando el nuevo procedimiento.

### Conclusión

El papel de la enfermería es fundamental en la evaluación, la prevención y el tratamiento del dolor. Un adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial.

La implementación y el uso sistematizado de las herramientas de registro del dolor (EVA) como una cons-

tante garantizan una valoración más exhaustiva, aumentando la calidad de vida y la recuperación funcional, y reduciendo la sensación de dolor en los pacientes ingresados.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Financiación.** Los autores declaran que este trabajo no ha sido financiado.

**Conflicto de interés.** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJM, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner W. Pain Intensity on the First Day After Surgery: A Prospective Cohort Study Comparing 179 Surgical Procedures. *Anesthesiology*. 2013 Apr;118(4):934-44.
2. Lefebvre-Chapiro S. The Doloplus 2 scale-evaluating pain in the elderly. *Eur J Palliative Care*. 2001;8(5):191-4.
3. Sanzol MR, Cabrera A, Dalmau A, Sabaté A. Protocolo de analgesia postoperatoria en CMA. Hospital Universitario de Bellvitge. Madrid: BMS; 2007.
4. McCaffery M, Beebe A. Pain: clinical manual for nursing practice. St. Louis: CV Mosby Co.; 1989.
5. Gálvez M. Manual de escalas y parámetros de valoración del dolor. Madrid: Adalia Farm; 2006.