

**ESTUDIOS ORIGINALES**

# Evaluación de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas de Valoración y Manejo del Dolor como centro comprometido con la excelencia en cuidados

Visibilizando el dolor: Estudio del registro del dolor en la historia electrónica del paciente hospitalizado

Evaluation of the implementation of the Guide to Good Practices for Pain Assessment and Management as a center committed to excellence in care

Making pain visible: A study of pain recording in the electronic medical records of hospitalized patients

Rocío Rivilla Pérez

Diplomada en Enfermería. Enfermera en la unidad de Hospitalización Médica del Hospital Universitario del Sureste. Experto Universitario en Atención a los cuidados enfermeros del niño y adolescente sano en el entorno escolar. Experto Universitario en Atención integrada de cuidados del niño y adolescente con problemas de salud. Responsable del equipo práctico de la Guía de Valoración y Manejo del dolor (BPSO) del HUS.

FECHA DE RECEPCIÓN: 21/01/2026. FECHA DE ACEPTACIÓN: 20/04/2026. FECHA DE PUBLICACIÓN: 30/04/2026.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.391>

**Cómo citar este artículo:** Rivilla Pérez, R., Evaluación de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas de Valoración y Manejo del Dolor como centro comprometido con la excelencia en cuidados. *Conocimiento Enfermero* 32 (2026): 38-46.

**Disponible en:** <http://www.conocimientoenfermero.es>

## RESUMEN

**Introducción.** Una alta incidencia o inadecuado manejo del dolor durante el ingreso hospitalario puede retrasar la recuperación funcional del paciente y alargar la estancia hospitalaria. Utilizamos herramientas validadas como las escalas EVA, PAINAD o FLACC de la Guía de valoración y manejo del dolor de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO).

**Hipótesis.** El registro del dolor varía según el momento asistencial y se asocia con la planificación de cuidados.

**Objetivo.** Analizar el registro del dolor en pacientes hospitalizados entre 2022-2024 según variables sociodemográficas y momento asistencial, así como su relación con la presencia de planes de cuidados.

**Material y método.** Estudio observacional, descriptivo y analítico retrospectivo en pacientes hospitalizados (2022-2024) mediante muestreo consecutivo. Se analizaron la edad, género, registro del dolor en distintos momentos asistenciales y planes de cuidados, utilizando datos CarEvid y SELENE.

**Resultados.** La población fue homogénea en edad y género. Se observó una mejora del registro del dolor, especialmente ante cambios de situación clínica (21,23% en 2022 vs 995 en 2023-2024), así como un aumento de los planes de cuidados relacionados con el dolor respecto al año inicial, reflejando una mayor integración de la guía en la práctica clínica.

**Discusión.** Se observa una mejora en el registro del dolor y en la planificación de cuidados tras la implantación de la guía de buenas prácticas. El dolor cónico mostró mayor variabilidad en su valoración y reevaluación, indicando la necesidad de reforzar estrategias específicas para su adecuado abordaje.

**Palabras clave:** medición del dolor; atención de enfermería; guías de práctica clínica; registros de enfermería; pacientes hospitalizados.

## ABSTRACT

**Introduction.** A high incidence or inadequate management of pain during hospital admission can delay the patient's functional recovery and prolong the hospital stay. We used validated tools such as the EVA, PAINAD and FLACC scales from the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) Pain Assessment and Management Guide.

**Hypothesis.** Pain reporting varies according to the point of care and is associated with care planning.

**Objective.** To analyze pain reporting in hospitalized patients between 2022 and 2024 according to sociodemographic variables and point of care, as well as its relationship with the presence of care plans.

**Material and methods.** Retrospective observational, descriptive, and analytical study of hospitalized patients (2022-2024) using consecutive sampling. Age, gender, pain reporting at different points of care, and care plans were analyzed using CarEvid and SELENE data.

**Results.** The population was homogeneous in age and gender. An improvement in pain reporting was observed, especially in response to changes in clinical status (21.23% in 2022 vs 99% in 2023-2024), as well as an increase in pain-related care plans compared to the initial year, reflecting greater integration of the guideline into clinical practice.

**Discussion.** An improvement in pain recording and care planning was observed after the implementation of the best practice guideline. Chronic pain showed greater variability in its assessment and reassessment, indicating the need to reinforce specific strategies for its appropriate management.

**Keywords:** pain measurement; nursing care; nursing records; practice guidelines; inpatients.

## 1. Introducción

El Hospital Universitario Sureste (HUS) se encuentra ubicado en la localidad de Arganda del Rey. Actualmente, es uno de los eslabones de la cadena asistencial del área Sureste de Madrid. El Hospital atiende a una población aproximada de 205.087 personas, dando cobertura a 21 localidades de la zona [1].

En 2021, el HUS es seleccionado candidato a Centro Comprometido con la Excelencia en los Cuidados (CCEC). Posteriormente, en 2025 y tras un arduo y continuo trabajo de implantación de distintas Guías de buenas prácticas, el HUS es acreditado como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados.

El programa de Centros Comprometidos con la Excelencia es un programa de implantación de Buenas Prácticas Basadas en la mejor Evidencia en Cuidados. Tiene como objetivo fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento de buenas prácticas en cuidados basadas en las guías de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO).

Una de las guías de buenas prácticas de la RNAO que se están implantando en el HUS es la de "Valoración y manejo del dolor".

Esta guía ofrece a las enfermeras y, resto del equipo interprofesional, recomendaciones y recursos para la enfermería basada en la evidencia [2]. Debe ser, por tanto, una herramienta destinada a mejorar la toma de decisiones para unos cuidados individualizados.

En 2020, la IASP (International Association for the Study of Pain), a través de un grupo de trabajo de expertos realiza una revisión de la definición de dolor que dice: "El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial". Esta definición nos transmite, además, que el dolor es una experiencia totalmente personal en la que influyen factores biológicos, psicológicos y sociales de la propia persona [3].

El proceso doloroso se denomina nocicepción, y éste, consta de diferentes etapas:

1. Transducción [4]: Es la transformación de un estímulo nociceptivo en un impulso eléctrico.
2. Transmisión [4]: La transmisión es el segundo paso de la nocicepción. La transmisión se refiere al paso de los potenciales de acción desde la terminal periférica a lo lar-

go de los axones hasta la terminal central de los nociceptores en el sistema nervioso central.

3. Modulación [4]: Es el último proceso de la nocicepción y en el que la señal dolorosa puede ser modificada a lo largo de su recorrido por el sistema nervioso.
4. Percepción [5]: Se refiere a la descodificación/interpretación del estímulo en una experiencia sensorial, siendo esta específica para cada individuo. El umbral del dolor y la tolerancia de un paciente son subjetivos e influyen en la percepción de dolor del individuo. Por lo tanto, la percepción del dolor puede verse influenciada por la genética, el género, las percepciones culturales, las expectativas, la socialización del rol, la salud física y mental, el dolor en el pasado y la edad.

Los nociceptores son neuronas sensoriales primarias que están altamente especializadas y transforman los estímulos dolorosos en impulsos eléctricos que llegan a la corteza y son interpretados como una sensación desagradable que es el dolor.

Existen diversas clasificaciones de tipos de dolor [3]:

#### Según su duración:

- Dolor agudo es aquel dolor como respuesta del cuerpo a una lesión y cuya duración es limitada (aproximadamente tres meses).
- Dolor crónico es aquel cuya duración es mayor a tres meses y de naturaleza fisiopatológica.

#### Según su patología:

- Dolor nociceptivo: aquel creado por una señal de advertencia originada por un daño real o potencial de tejido no neuronal que desencadena la activación de los nociceptores. Puede ser dolor nociceptivo somático cuando proviene de tejidos musculoesqueléticos y se relaciona con estructuras no viscerales, o dolor nociceptivo visceral cuando proviene de órganos internos pudiendo desencadenar respuestas reflejas vegetativas o motoras.
- Dolor neuropático: causado por el daño de una lesión o enfermedades que afectan al sistema somatosensorial.

#### Según el curso:

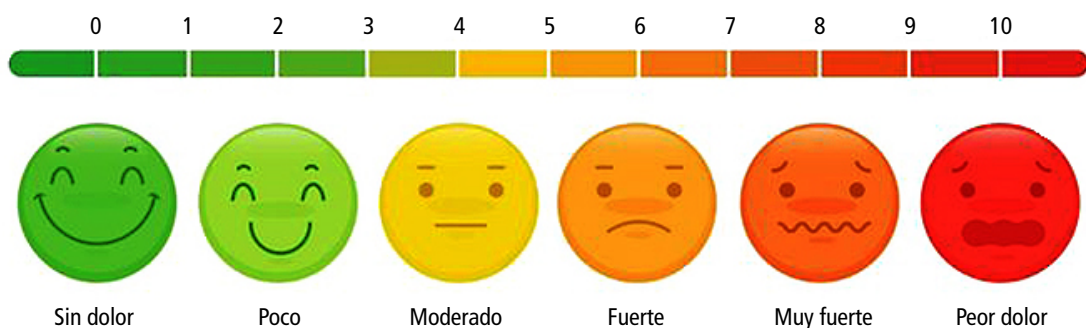
- Dolor continuo.
- Dolor discontinuo.

#### Según la intensidad:

- Dolor leve.
- Dolor moderado.
- Dolor severo.

La utilización de escalas validadas como instrumento de medición de la intensidad del dolor nos permite una valoración, reevaluación y realizar un seguimiento adecuado y personalizado del dolor. Las escalas de valoración del dolor pueden ser unidimensionales como la escala EVA 2 (Figura 1) que fue ideada por Scott Huskinson en 1976. Se trata de una regla de 10 centímetros, en la que los extremos están delimitados como “sin dolor” y “dolor insoportable” en el extremo opuesto.

**FIGURA 1.** Escala EVA – Paciente consciente y orientado.



**Fuente:** Equipo de Datos Guía Valoración y Manejo Dolor del HUS.

**TABLA 1.** Escala PAINAD – Paciente adulto con demencia.

Ítems	0	1	2
<b>Respiración</b>	Normal	Laboriosa esporádica / Hiperventilación	Laboriosa + Hiperventilación + Cheyne-Stocke
<b>Vocalización</b>	Ninguna	Gemidos / Volumen bajo	Llanto / Volumen alto / Agitación verbal
<b>Expresión facial</b>	Sonriente / Inexpresiva	Triste / Asustado	Disgusto / Desaprovación
<b>Lenguaje corporal</b>	Relajado	Tenso	Rígido / Agresión física
<b>Capacidad de alivio</b>	No precisa	Distracción por contacto / Voz	No es posible alivio o tranquilidad

<b>Dolor leve (0-3)</b>	<b>Dolor moderado (4-7)</b>	<b>Dolor intenso (8-10)</b>
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

**Fuente:** Equipo de Datos Guía Valoración y Manejo Dolor del HUS.

**TABLA 2.** Escala FLACC – Menores de 3 años o no colaboradores.

Ítems	0	1	2
<b>Cara</b>	Relajado	Arruga nariz	Mandíbula tensa
<b>Piernas</b>	Relajado	Inquietas	Golpea con los pies
<b>Actividad</b>	Quieto	Se dobla, encoge piernas	Rígido
<b>Llanto</b>	No lloro	Se queja, gime	Llanto fuerte
<b>Consuelo</b>	Satisfecho	Puede distraerse	Difícil consuelo

<b>Leve (1-2)</b>	<b>Moderado (3-5)</b>	<b>Intenso (6-8)</b>	<b>Insoportable (9-10)</b>
-------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

**Fuente:** Equipo de Datos Guía Valoración y Manejo Dolor del HUS.

Por otro lado, encontramos escalas multidimensionales que no sólo miden la intensidad del dolor, sino que también realizan una valoración cualitativa del dolor. Entre estas escalas encontramos la escala PAINAD (Pain Assessment In Advanced Dementia) o la escala FLACC (Face, Legs, Activity, Crying, Consolability).

La escala PAINAD [2] es una herramienta de comportamiento observacional de 5 ítems que abarca aspectos no verbales y de respuesta vegetativa, tales como respiración, expresión facial, lenguaje corporal, vocalizaciones negativas y consuelo (Tabla 1). Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 2 en una puntuación total de 0 a 10, donde 0 significa “sin dolor” y 10 “dolor intenso”. La puntuación 1 o 2 indica poco dolor. Se utiliza en personas que tienen demencia avanzada.

FLACC [2] desarrollada para la valoración del dolor desde 2 meses a los 8 años y que también

esta validada para utilizarse en el caso de pacientes que tienen problemas de comunicación (Tabla 2). Consta de 5 ítems (expresión facial, movimientos de las piernas, actividad, llanto y consuelo) que puntúan de 0 a 2, que posteriormente se suman para obtener una puntuación global de 0 a 10. Es fácil de usar, anotar e interpretar. Evidencia bien establecida de fiabilidad y validez.

El dolor persistente aumenta con la edad y el 65% de la población de personas mayores presentan dolor persistente [2].

El dolor que no se alivia o mal gestionado es una carga para la persona, el sistema de salud y la sociedad. No solo produce repercusiones psicológicas y emocionales en el paciente, sino que también, influye en la recuperación de la enfermedad, disminuye la calidad de vida y la capacidad laboral de la persona.

## 2. Hipótesis y objetivos

### 2.1. Hipótesis

El registro del dolor en pacientes hospitalizados entre 2022 y 2024 presenta variabilidad según el momento asistencial (ingreso, inicio de cuidados y cambio de situación clínica) y se relaciona con la elaboración de planes de cuidados específicos para el manejo del dolor.

### 2.2. Objetivos

**Objetivo general:** Valorar, cuantificar y registrar adecuadamente el dolor de los pacientes hospitalizados en su historia electrónica durante el periodo 2022-2024, según género, edad y momento asistencial, así como su relación con la elaboración de planes de cuidados, a partir de los datos obtenidos de la plataforma Care Evaluation Indicators (carEvid).

#### Objetivos específicos:

- Describir el porcentaje de registro del dolor al ingreso y al inicio de cuidados en pacientes hospitalizados entre 2022 y 2024.
- Analizar el porcentaje de registro del dolor ante cambios en la situación clínica durante el periodo de estudio.
- Describir el registro del dolor según las variables sociodemográficas: género y edad.
- Determinar el porcentaje de pacientes con planes de cuidados relacionados con el manejo del dolor.
- Analizar la relación entre registro del dolor y la presencia de planes de cuidados.

## 3. Material y método

**Diseño:** Estudio observacional, descriptivo y analítico de carácter retrospectivo basado en el análisis de registros del dolor en pacientes hospitalizados entre 2022-2024.

**Población diana:** Pacientes ingresados en la unidad de hospitalización médica del Hospital Universitario del Sureste.

**Población de estudio:** Pacientes hospitalizados en la unidad de hospitalización médica del HUS durante los años 2022-2024.

**Criterios de inclusión:** Todo paciente ingresado en la unidad de hospitalización médica durante más de 24 horas.

**Criterios de exclusión:** Menores de 18 años.

**Tipo de muestreo:** Consecutivo.

**Variables:** Género, edad, tipo de dolor, detección del dolor al ingreso o inicio de los cuidados, detección del dolor tras cambio de situación clínica, planes de cuidados.

**Instrumento de recogida de datos:** Escalas EVA, PAINAD Y FLACC. Sistema de obtención de datos mediante: SELENE (Sistema de información hospitalario y de historia clínica electrónica utilizado en el Hospital Universitario del Sureste) recopilando datos de formulario evolución de enfermería y formulario de planes de cuidados; y CarEvid (Plataforma para la Evaluación de Indicadores del Programa de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados).

Se recogen datos de registro de la 5ª constante a través de la plataforma CarEvid durante los años 2022-2024 de los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización médica del HUS. El calendario de evaluación para los años 2022-2023 y 2024 (período de candidatura) establece que, para las guías en periodo de candidatura, se asignan cinco días al mes para establecer las evaluaciones correspondientes.

Para valorar todas las características del dolor utilizamos el acrónimo "ALICIA", en donde cada inicial se corresponde con una pregunta sobre una característica específica del dolor.

Antigüedad: ¿desde cuando?

Localización: ¿dónde?

Irradiación: ¿hacia dónde?

Características: ¿cómo?

Intensidad: ¿cuánto?

Atenuantes/agravantes: ¿más o menos?

En la valoración de la intensidad del dolor se aplican escalas como herramientas validadas e implantadas a través de la Guía de valoración y manejo del dolor. Las escalas utilizadas son: EVA para paciente consciente y orientado (al paciente se le explica el manejo de la escala), PAINAD para paciente adulto con demencia y FLACC para paciente adulto no colaborador.

Se tienen en cuenta las siguientes consideraciones a la hora de valorar con las escalas validadas y su posterior registro en historia electrónica del paciente y que, por tanto, van a definir los planes de cuidados para el manejo del dolor de los pacientes:

### Descripción del proceso de evaluación del dolor en adultos

- Realizar valoración del dolor al ingreso y en cada turno utilizando según el tipo de paciente (consciente y orientado / paciente no colaborador / paciente con demencia y trastornos de comunicación) la escala validada adecuada.
- Siempre que la puntuación sea igual o mayor a 3, se registra en la historia electrónica si el paciente precisa tratamiento farmacológico o no farmacológico en el correspondiente ítem.
- Dentro del tratamiento farmacológico en los planes de cuidados encontramos la administración de analgesia (vía oral o intravenosa) según la escalera analgésica de la OMS o también la valoración de perfusión de analgesia en los casos en que no esté prescrita y el paciente esté necesitando más de dos rescates en el turno (por ej. paciente en situación de últimos días, tendrá que ser pautaada por el facultativo).
  - *Paracetamol*: de 1ª elección en dolor leve-moderado. No tiene actividad antiinflamatoria y es generalmente bien tolerado.
  - *Metamizol*: es efectivo en el dolor visceral por su actividad como espasmolítico. Poca potencia antiinflamatoria.
  - *AINEs*: tiene efecto antiinflamatorio. Deben usarse con mucha precaución en ancianos, y están contraindicados en tratamientos prolongados. Son gastro lesivos, no se recomiendan en insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal.

- *Opioides* como:
  - *Tramadol*: Opiode menor. La combinación con Paracetamol alcanza mejor control del dolor con menos dosis.
  - *Tapentadol*: Opiode mayor. Mejor tolerado a nivel gastrointestinal.
  - *Morfina*: Opiode mayor. Útil para titular otros opioides.
  - *Fentanilo*: Opiode mayor. Muy buena absorción a través de piel y mucosas.
- Con respecto al tratamiento no farmacológico encontramos técnicas como disminución de ansiedad, cambios posturales...
- A las 2 horas de haber aplicado tratamiento (farmacológico o no farmacológico) se realiza reevaluación y registro en historia electrónica del paciente para verificar que el tratamiento es efectivo.

## 4. Resultados obtenidos

Siguiendo el manual de evaluación establecido para la implantación de la Guía de valoración y manejo del dolor en el HUS y teniendo en cuenta como herramienta de explotación de datos la plataforma CarEvid se obtienen los siguientes datos relativos a los indicadores que evalúan las distintas recomendaciones de la guía.

**TABLA 3.** Datos CarEvid de 2022 recogidos manualmente.

VARIABLES	AÑO 2022
	Año de implantación de Guía: datos recopilados manualmente.
Genero Fem/Mas	Femenino – 50,68% Masculino – 49,32%
Edad media	77,66 años
Tipo dolor	Agudo – 39,73% Crónico – 60,27%
% Registro dolor al ingreso e inicio cuidados	97,95%
% Registro dolor al cambio de situación clínica	21,23%
Planes cuidados	70,97%

Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 4.** Datos CarEvid del 2023 por trimestres.

VARIABLES	AÑO 2023			
	T1	T2	T3	T4
<b>Género</b> Fem / Mas	Fem – 51,37% Mas – 48,63%	Fem – 53,03% Mas – 46,97%	Fem – 49,27% Mas – 50,73%	Fem – 49,02% Mas – 50,98%
<b>Edad media</b>	75,54 años	75,82 años	76,44 años	77,38 años
<b>Tipo dolor</b>	Agudo 31,97% Crónico 68,03%	Agudo 41,92% Crónico 58,08%	Agudo 39,78% Crónico 60,22%	Agudo 29,85% Crónico 70,15%
<b>% Registro dolor al ingreso e inicio cuidados</b>	87,16%	88,89%	89,78%	92,81%
<b>% Registro dolor al cambio de situación clínica</b>	97,81%	99,49%	99,64%	99,35%
<b>% Planes cuidados</b>	83,67%	90,04%	83,85%	83,46%

**Fuente:** Elaboración propia.

**TABLA 5.** Datos CarEvid del 2024 por trimestres.

VARIABLES	AÑO 2024			
	T1	T2	T3	T4
<b>Género</b> Fem / Mas	Fem – 53,42% Mas – 46,58%	Fem – 47,22% Mas – 52,78%	Fem – 51,27% Mas – 48,73%	Fem – 53,24% Mas – 46,76%
<b>Edad media</b>	77,22 años	75,46 años	77,15 años	77,25 años
<b>Tipo dolor</b>	Agudo 98,92% Crónico 1,08%	Agudo 95,83% Crónico 4,17%	Agudo 95,49% Crónico 4,51%	Agudo 97,99% Crónico 2,01%
<b>% Registro dolor al ingreso e inicio cuidados</b>	93,16%	94,44%	95,49%	97,76%
<b>% Registro dolor al cambio de situación clínica</b>	99,17%	100%	100%	100%
<b>% Planes cuidados</b>	79,10%	83,90%	88,14%	79,51%

**Fuente:** Elaboración propia.

Se analizaron los registros del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de hospitalización médica durante el período 2022-2024. La distribución por género se mantuvo estable a lo largo de los tres años, con un ligero predominio de sexo femenino (2022: 50,68%; 2023: 50,67%; 2024: 51,28%). La edad media de los pacientes fue similar en todo el periodo, situándose entre 76 y 77 años.

En relación con el tipo de dolor registrado, en 2022 el dolor agudo fue valorado en el 39,63% de los pacientes, mientras que el dolor crónico representó el 60,27%. En 2023 se observó un ligero descenso en la valoración del dolor agudo (35,88%). En 2024 se evidenció un aumento no-

table del registro del dolor agudo (97%), con la consiguiente disminución del dolor crónico registrado.

Respecto al registro del dolor en los distintos momentos asistenciales, en 2022 el 97,95% de los pacientes presentaban valoración del dolor al ingreso o al inicio de los cuidados. En 2023 se observó un descenso hasta el 89,66%, mientras en 2024 se alcanzó un 95,21% de registros en este momento asistencial.

En cuanto al registro del dolor ante cambios en la situación clínica, se observó una mejora significativa a lo largo del periodo de estudio. En 2022 el registro se realizó en el 21,23% de los casos, incrementándose notablemente en 2023

hasta 99%, porcentaje que se mantuvo elevado en 2024 (99,79%).

En relación con los planes de cuidados asociados al manejo del dolor, en 2022 se registraron en el 70,97% de los pacientes. Este porcentaje aumentó en 2023 hasta el 85,25%, observándose un ligero descenso en 2024 (82,66%), manteniéndose no obstante en valores superiores a los obtenidos al inicio del periodo de estudio.

En conjunto, los resultados muestran una mejora en el registro del dolor ante cambios en la situación clínica y en la planificación de cuidados a lo largo del periodo analizado, coincidiendo con la implantación de la guía de buenas prácticas

## 5. Discusión

La valoración adecuada del dolor durante la hospitalización resulta fundamental para garantizar el bienestar del paciente, favorecer su recuperación y optimizar la calidad de los cuidados. Los antecedentes, los procedimientos o técnicas llevadas a cabo durante el ingreso, así como el riesgo aparición de complicaciones derivadas de los mismos o el grado de interferencia del dolor con la recuperación, entre otros, han de tenerse en cuenta durante el ingreso del paciente. Dando prioridad a la salud y bienestar del paciente y optimizando, por tanto, el proceso de recuperación y en consecuencia los costes derivados de la estancia hospitalaria [6].

Los resultados muestran una mejora global en el registro del dolor entre 2022 y 2024, especialmente en la valoración ante cambios en la situación clínica, que aumenta del 21,23% al 99,79%, coincidiendo con la implantación de la guía de buenas prácticas y con una mayor integración del dolor como quinta constante en la práctica enfermera. Asimismo, se observa un incremento en la planificación de cuidados relacionados con el manejo del dolor respecto al año inicial, lo que indica una mayor incorporación del proceso enfermero en la atención clínica.

La población estudiada presenta una edad media elevada (76-77 años) y características propias de pacientes pluripatológicos, con frecuente presencia de deterioro cognitivo y pa-

tologías crónicas osteoarticulares. En este contexto, el incremento del registro de dolor agudo en 2024 (97%) podría relacionarse con una mayor detección de episodios de reagudización del dolor crónico o de situaciones intercurrentes durante el ingreso tales como sobrecarga asistencial, falta de tiempo...

Estos hallazgos sugieren que la formación de los profesionales y la implantación de herramientas estructuradas de valoración contribuyen a mejorar la identificación del dolor y la planificación de cuidados, reforzando la responsabilidad ética y asistencial de proporcionar adecuado control del dolor en pacientes hospitalizados.

No obstante, la variabilidad observada entre dolor agudo y dolor crónico pone de manifiesto la necesidad de continuar promoviendo estrategias de mejora dirigidas a reforzar la correcta valoración, reevaluación y registro del dolor crónico, favoreciendo una planificación de cuidados más individualizados en la práctica enfermera.

No solo se debe medir el dolor, sino que el personal debe de estar entrenado en las técnicas de dicha medición, porque los profesionales sanitarios tenemos la obligación y responsabilidad legal y ética de asegurar que se utilicen los medios más afectivos con la finalidad de lograr el bienestar físico y el alivio del dolor en los pacientes hospitalizados [7].

Diferentes estudios evidencian que del 10 al 50% de pacientes adultos hospitalizados presentan dolor con una intensidad moderada a grave. Evaluación, registro y tratamiento del dolor en el ámbito hospitalario constituye una mejora en el manejo. El registro del dolor como la quinta contante se hace indispensable para el abordaje correcto del estado de los pacientes hospitalizados. Durante la permanencia en el hospital, también se ha identificado que el incremento de la intensidad del dolor empeorara la ansiedad, depresión y calidad de vida. La identificación y control del dolor deben ser una prioridad [8].

Los profesionales de enfermería debemos estar familiarizados y conocer el manejo de las distintas escalas de valoración del dolor, así como su registro en la historia electrónica del

paciente. Esto contribuye a seleccionar la herramienta más adecuada y adaptada a las necesidades del paciente para garantizar un manejo eficaz del dolor durante la estancia hospitalaria.

Por tanto, valoración, registro y manejo del dolor es una necesidad más del paciente y como tal debe ser atendido con profesionalidad y calidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hospital Universitario del Sureste. Memoria anual 2023. Comunidad de Madrid; 2024. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/sureste/memorias>
2. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Guía de valoración y manejo del dolor [tercera edición]. Toronto: RNAO; 2013. Disponible en: <https://rnao.ca/media/3231/download>
3. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. Estrategias de atención al dolor de la Comunidad de Madrid 2027. Madrid: Comunidad de Madrid; 2022. Disponible en: <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050712.pdf>
4. Ramírez-Sánchez D, Araujo-Pérez N, Martínez-Ramos M, Delgado-Figueroa N, Velasco-López R. La percepción del dolor. Milenaria. 2021;11(1):45-56. Disponible en: <https://www.milenaria.umich.mx/ojs/index.php/milenaria/article/view/136/65>
5. Zegarra Piérola JW. Bases fisiopatológicas del dolor. Acta méd peruana. 2007;24(2):114-24. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172007000200007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200007)
6. Polanco García, M. La cualidad del manejo del dolor postoperatorio en España. Estudio de cohorte con los datos del registro PAIN-OUT [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona 2022. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet.tesis?codigo=303668>
7. Ortega Zufiria JM, et al. Estudio sobre la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía de un hospital universitario terciario de Madrid. Rev Soc Esp Multidiscip Dolor. 2021;(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7765906>
8. Colina Vargas E, et al. El dolor en pacientes hospitalizados en una institución de alta complejidad. Med UPB. 2022;41(2):114-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9381123>