



Evaluación del estado del dolor agudo en el Hospital Base San José de Osorno

Acute pain evaluation in Hospital San José de Osorno

Mauricio Arellano¹, Florencia Espinosa¹, Paulina Momberg¹, Valentina Rabie¹, Martina Zarges¹, José González-Teuber PhD.², Francia Arce³, Pablo Sepúlveda V.^{3,*} 

¹ Interno de Medicina Universidad Austral.

² Encargado de Investigación HBSJO.

³ Médico Anestesiólogo HBSJO.

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses.

Fecha de recepción: 21 de mayo de 2024 / Fecha de aceptación: 12 de junio de 2024

ABSTRACT

In Chile, there are few studies on in-hospital pain. This unpleasant sensory and emotional experience associated with tissue damage or potential is characterized by the difficulty in its evaluation and treatment due to its subjective nature, influenced by the patient's cognitive and emotional factors. Pain not only affects human well-being but also carries a significant physiological and economic cost, which has led the WHO to consider it the fifth vital sign to promote its early management. This prospective study evaluated the frequency of in-hospital pain in surgical and medical services at the San José de Osorno Base Hospital. In the above lies the importance of standardized methods for assessing pain, such as the numerical scale from 0 to 10, which allows the patient to express the intensity of their pain. The difference by gender, age, service, along with patient satisfaction, was studied. The results, while showing good satisfaction, still indicate that the average EVA values remain relatively high even in non-surgical services.

Key words: Acute pain, postoperative, visual analogue pain score.

RESUMEN

En Chile, existen pocos estudios del dolor intrahospitalario. Esta experiencia sensorial y emocional desagradable asociada al daño tisular o potencial se destaca por la dificultad en su evaluación y tratamiento debido a su naturaleza subjetiva, influenciada por factores cognitivos y emocionales del paciente. El dolor no solo afecta el bienestar humano, sino que también conlleva un costo fisiológico y económico significativo, lo que ha llevado a la OMS a considerarlo como el quinto signo vital para promover su manejo temprano. Este estudio prospectivo se evaluó la frecuencia de dolor intrahospitalario en servicios quirúrgicos y médicos en el Hospital Base San José de Osorno. En lo anterior radica la importancia de métodos estandarizados para evaluar el dolor, como la escala numérica de 0 a 10, que permite al paciente expresar la intensidad de su dolor. Se estudió la diferencia por género, edad, servicio, junto a la satisfacción de los pacientes. Los resultados si bien muestran buena satisfacción, los valores promedio de EVA continúan siendo relativamente altos aun en servicios no quirúrgicos.

Palabras clave: Dolor agudo, posoperatorio, escala visual análoga de dolor.

Pablo Sepúlveda

pasevou@gmail.com

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9810-7639>

ISSN: 0716-4076



Introducción

El dolor es definido por la International Association for the Study of Pain (IASP) como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño[1]. Las dificultades para evaluar el diagnóstico y tratamiento del dolor se originan en la reportabilidad subjetiva, muy influido por fenómenos cognitivos y experienciales ajustadas según el estado emocional del paciente. La necesidad de evaluar el dolor intrahospitalario radica no sólo en el humanismo médico, sino también en el costo fisiológico, que limita la recuperación generando un impacto económico familiar y social. Lo anterior ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a considerarlo el quinto signo vital[1], para fomentar su evaluación y manejo precoz.

El carácter subjetivo del reporte del dolor ha requerido aplicar una metodología que permita comprender la percepción dolorosa en primera persona, no habitual para el enfrentamiento científico que intenta enfrentar los problemas desde una perspectiva de no involucramiento. El carácter de la percepción dolorosa tiene componentes múltiples, desde lo nociceptivo, psicológico y social que hace imprescindible un enfoque individual y empático para su enfrentamiento clínico. Es por ello que una pregunta estandarizada por "el máximo dolor imaginable" expresado en una escala numérica de 0 a 10, le entrega al paciente la posibilidad de proyectar su dolor de su momento actual a la temporalidad que le aporta su subjetividad. La existencia frecuente del dolor incidental (levantadas al baño, kinesioterapia, aseos en cama, curaciones etc.) o dolor crónico asociado, exige además evaluaciones dinámicas varias veces al día con indicaciones de rescate específico para esas ocasiones. Lamentablemente, aún existe mucha confusión en cómo y cuándo preguntar, registrar y tratar el dolor intrahospitalario.

"El dolor desde la antigüedad ha sido uno de los principales problemas de la humanidad, siendo causa de discapacidad y sufrimiento creciente en quien lo padece"[2]. En la actualidad el dolor crónico es una de las principales causas de ausentismo laboral y de años perdidos por discapacidad[4],[5]. El dolor crónico es asociado, entre otras causas, al dolor quirúrgico mal manejado.

En el estudio Epidemiológico del Dolor, realizado por la Sociedad Andaluza del Dolor, se describe que el 21,8% de la población andaluza tuvo una baja laboral por lo menos en una ocasión a consecuencia del dolor. En el caso del dolor crónico, el porcentaje de bajas aumenta hasta el 27,4%, con 30,7% de dichas bajas calificadas como Incapacidad Laboral Permanente y una media de estas bajas llega a 4,4 meses[8].

En Chile, la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP) estimó la prevalencia del dolor crónico en 32,1%, siendo el grupo etario de 50 a 64 años el con mayor prevalencia[6].

Otro aspecto importante a considerar en el dolor agudo, es su potencial capacidad de transformarse en una dolencia crónica. "El dolor crónico posquirúrgico (CPSP, por sus siglas en inglés) es una de las complicaciones más comunes después de una cirugía. Si bien no existe una definición, universalmente, aceptada de CPSP, la definición más usada es la propuesta por Macrae y Davies CPSP que se asocia con un mayor uso de anal-

gésicos, restricción de las actividades de la vida diaria, efectos significativos sobre la calidad de vida y una mayor utilización de la atención médica"(x).

Los pacientes más susceptibles a desarrollar dolor crónico post quirúrgicos son aquellos sometidos a intervenciones quirúrgicas donde existe mayor incidencia de lesión nerviosa como amputaciones (dolor miembro fantasma), toracotomías, mastectomías, colecistectomías, entre otras. De ahí la importancia de tratar de forma satisfactorias el dolor agudo favoreciendo el uso de analgesia multimodal (bloques previos a los procedimientos quirúrgicos y uso de coadyuvantes moduladores, especialmente, para el dolor neuropático).

Los estudios de evaluación diagnóstica tienen dificultades, donde las series son pequeñas y escasas. En España, un estudio en un servicio de Medicina Interna con 83 pacientes, y donde el 73,5% manifestaron dolor y el 67,2% desconocían su pauta analgésica (x). Los episodios de dolor se registraron sólo en el 29,5% y en ningún caso se registró intensidad o grado de alivio con la Escala Visual Analógica, en la gráfica de constantes. En otro estudio en 80 pacientes neuroquirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Neurocirugía de un Hospital Universitario Terciario en Madrid, el dolor se presentó en 76,61% de los pacientes, con una puntuación de Escala Visual Análoga (EVA) media de $3,47 \pm 0,78$ con 40% intenso[6].

Por otra parte, en un servicio de urgencia italiano evaluados 130 pacientes se comparó la evaluación de enfermería contra una evaluación estricta estandarizada, y mostró una significativa subvaloración de la intensidad del dolor en la evaluación por enfermería[7].

En Chile, el único estudio conocido que caracterizó la situación del dolor agudo intrahospitalario es desde hace 12 años atrás en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se evaluaron 198 pacientes hospitalizados en los distintos servicios. La mayor frecuencia de dolor fue en Cirugía (34,03%), Medicina Interna (16,67%) y Urología (16,67%). Aunque no se especificó el universo total de pacientes en el periodo estudiado[8].

Este tipo de estudios en hospitales públicos o privados en Chile no han vuelto a ser publicados, por lo que creemos fundamental realizarlos para conocer el estado del diagnóstico y manejo. De esa forma se podrán tomar medidas para optimizar su manejo de manera transversal y longitudinal, con el propósito de mejorar la calidad de vida y la atención del paciente durante su tránsito hospitalario.

Este conocimiento permitirá identificar y potenciar diversas líneas de investigación y docencia, educación continua y prevención en el manejo del dolor que permitan generar nuevos aportes en esta área.

Es importante resaltar que el dolor sigue siendo el principal motivo de consulta en los servicios de urgencia, siendo un parámetro que permite evaluar gravedad, evolución y pronóstico de diversas patologías. No obstante, al ser de carácter subjetivo y personal, se dificulta su estandarización. Es por ello que existen escalas que permiten añadir un grado de objetividad al dolor.

Es en este contexto en el que toma relevancia el análisis de cómo es evaluado, tratado y seguido el dolor en los pacientes hospitalizados.

Este estudio pretende hacer una actualización del estado del dolor de pacientes hospitalizado, en un hospital de nivel de alta complejidad autogestionado, de provincia que atiende

una gran número de población indigente y rural para generar una radiografía de la frecuencia, intensidad, calidad de evaluación y satisfacción del paciente en relación al dolor intrahospitalario.

Metodología

Tras educar al grupo de internos de medicina de sexto año de la Universidad Austral de Chile, en la estandarización de la evaluación del dolor y revisión de estudios de la literatura, se procedió a encuestar pacientes mayores de 18 años, sin alteraciones cognitivas, que pudieran contestar, voluntariamente, el cuestionario estandarizado.

Este cuestionario, fue aplicado en pacientes hospitalizados de los Servicios de Urgencia, Medicina Interna, Cirugía digestiva, Traumatología y Urología, del Hospital Base San José de Osorno, desde el 3 de julio de 2023 hasta el 28 de julio de 2023, ambos inclusive.

La visita a los servicios fue de carácter aleatorio una vez por semana todas las semanas, entre lunes y viernes, encuestando a todos los pacientes hospitalizados posibles entre las 17:00 y 19:00 h. Cada semana se fue rotando el día de entrevista del Servicio elegido, sin repetir pacientes que ya habían sido encuestados anteriormente.

Las preguntas fueron:

1. En su vida ha tenido dolores de espalda, de cabeza, de dientes, torceduras, etc. Hoy ¿ha tenido un dolor aparte de los mencionados?
2. ¿Qué zona del cuerpo le duele más?
3. ¿Cuánto dolor tiene en este momento? Califique de 0 a 10, si 0 es nada de dolor y 10 el peor dolor que se puede imaginar.
4. Marque cuánto ha sido el menor dolor del día. Califique de 0 a 10, siendo 10 como el peor dolor que se puede imaginar.
5. Marque cuánto ha sido el mayor de dolor del día. Califique de 0 a 10, siendo 10 como el peor dolor que se puede imaginar.
6. ¿Cuánto tiempo tiene este dolor?
7. El dolor en el hospital lo ha tenido: siempre / casi siempre / nunca / casi nunca.

8. ¿Cómo estima usted el manejo del dolor, durante la hospitalización? Satisfactorio / Insatisfactorio.

Además, se registró: edad, sexo biológico, diagnóstico, servicio y último registro de evaluación del dolor por enfermería. Para mayor representatividad del estudio y de los datos, nos planteamos encuestar como mínimo 30% de los pacientes hospitalizados, en cada servicio en las fechas anteriormente mencionadas.

Estadística

Se realizó un análisis descriptivo de variables mediante cálculo de media aritmética como medida de tendencia central, y desviación estándar como medida de dispersión. Las diferencias entre grupos se calcularon utilizando la prueba t para muestras independientes y ANOVA de una vía. Los análisis se realizaron en el *software* GraphPad Prism 8.0.

Resultados

En el período estudiado, se encuestaron a 154 pacientes, 58 mujeres (37,7%) y 96 varones (62,3%) de un total de 384, lo que corresponde a 40,1% del total de hospitalizados en los servicios de cirugía digestiva, medicina interna, urología y traumatología en un período de 28 días. El intervalo de edades fue entre 20 y 93 años, con un rango de 73 años y una mediana de 66 años (Tabla 1).

Los resultados (Tabla 2) reflejan que la mayor percepción de dolor radica en los pacientes hospitalizados en el servicio de urología y traumatología, alcanzando EVA máximo promedio de 7 y 6 respectivamente. Posteriormente le siguen los pacientes del servicio de medicina con EVA promedio máximo de 4 máximo de 4 (habitualmente pacientes con dolor crónico, y

Tabla 1. Total de pacientes encuestados según género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	58	37,7
Masculino	96	62,3
Total	154	100

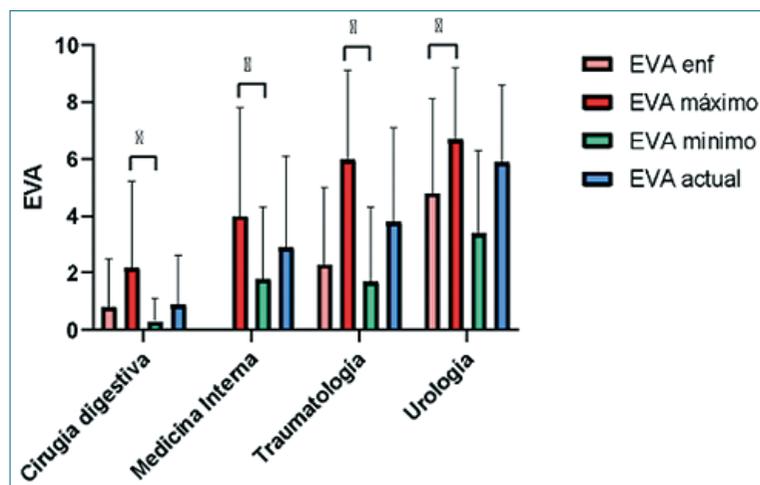


Figura 1. Registros de EVA por enfermería, EVA mínimo, máximo y al momento de la encuesta según servicio.

Tabla 2. Distribución de pacientes según servicios, edad y género

Servicio	Edad prom (SD)	Servicio de Hospitalización	
		Frecuencia	Porcentaje
Cirugía digestiva	63,8 (16,4)	38	24,7
Femenino	62,2 (16,6)	17	44,7
Masculino	65 (16,4)	21	55,3
Medicina Interna	61,8 (16,8)	80	51,9
Femenino	60,7 (19,6)	33	41,3
Masculino	62,5 (14,8)	47	58,8
Traumatología	65,8 (16,4)	29	18,8
Femenino	74,1 (11,6)	14	48,3
Masculino	58,1 (16,7)	15	51,7
Urología	61,4 (14,8)	7	4,5
Femenino	38 (-)	1	14,3
Masculino	65,3 (11,6)	6	85,7

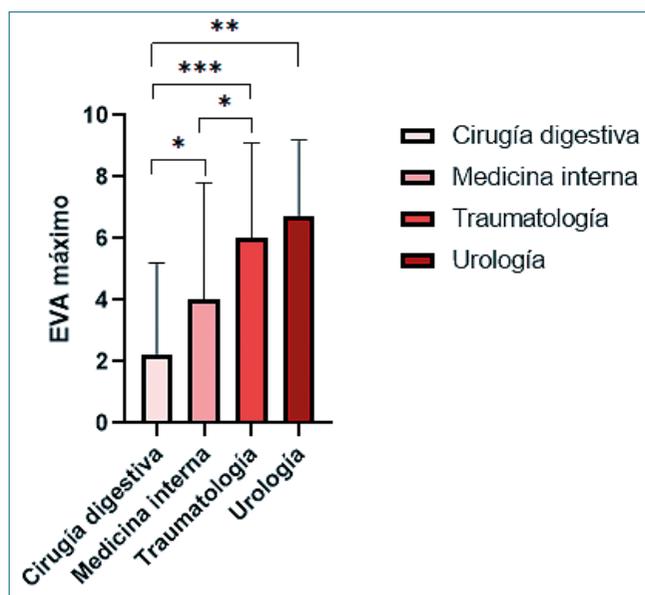


Figura 2. Registros de EVA máximo según servicio.

finalmente los del servicio de cirugía general con una EVA máximo de 2 (Figura 1). Cabe destacar que el EVA máximo reportado en el servicio de urología difiere de manera significativa con el EVA reportado por el equipo de enfermería (Figura 2).

Al observar el nivel de satisfacción de los pacientes, se puede apreciar que los pacientes del servicio de medicina, sin bien son del grupo que registra menor EVA máximo promedio, también son los con menor porcentaje de satisfacción en cuanto al manejo del dolor alcanzando solo 41,7%, seguido por el servicio de urología con una satisfacción del 42,9% (Tabla 3). Cabe destacar que al momento del muestreo, en el servicio de medicina, no se registraba el control de EVA en forma rutinaria, como en los demás servicios. En términos generales observamos que el EVA registrado por enfermería es menor al EVA máximo registrado, aunque esto puede explicarse porque el control de enfermería

Tabla 3. Porcentaje de satisfacción en manejo del dolor según servicio y género

Servicio	Satisfacción (%)
Cirugía digestiva	100
Femenino	100
Masculino	100
Medicina Interna	41,3
Femenino	100
Masculino	65,1
Traumatología	75,9
Femenino	78,6
Masculino	73,3
Urología	42,9
Femenino	0
Masculino	50

no se realizó durante el máximo EVA. Pero a la vez no habría habido reporte de dolor máximo a enfermería.

Otro elemento importante a destacar es que en el caso del servicio de cirugía digestiva el nivel de satisfacción referido por los pacientes es del 100% seguido por el servicio de traumatología alcanzando 75,9%.

Discusión

Este estudio representa una evaluación actual de la intensidad del dolor en pacientes hospitalizados en un Hospital de alta complejidad en Chile. El último estudio fue publicado hace más de 12 años[13] y muestra una evolución positiva en general para la frecuencia del problema a nivel mundial.

Se recabaron datos encuestando a un total de 154 pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, cirugía digestiva, traumatología y urología, en un Hospital de alta complejidad. Durante el mes de investigación, se objetivó un total de 384 pacientes hospitalizados, logrando entrevistar al 40,1% de éstos, de los cuales el 37,7% mujeres y 62,3% hombres. Es además llamativo la presencia muy alta de pacientes mayores de 60 años. Del total de pacientes entrevistados, el 77,9% refirió haber sentido algún grado de dolor durante la hospitalización, el 22,1% refirió no haber sentido dolor. El 65,5% se definió satisfecho, el 16,8% insatisfecho y el 17,7% no manifiesta preferencia respecto a la satisfacción.

Al realizar el análisis por servicios, podemos destacar que la mayor prevalencia de dolor se encuentra en los servicios de traumatología y urología, donde todos los pacientes encuestados refieren haber tenido algún grado de dolor durante la hospitalización. Pero al analizar la satisfacción del dolor en estos servicios, observamos que en el servicio de traumatología 75,9% de los pacientes refieren sentirse satisfechos con el manejo de su dolor. Esto se deteriora en el servicio de urología donde solo 42,9% refiere satisfacción, aunque estos resultados pueden tener un sesgo por el menor número de pacientes encuestados.

Con respecto al servicio de medicina, resalta que 40% de los pacientes encuestados refirió no haber tenido nunca dolor durante la hospitalización, sin embargo, en la evaluación de satisfacción, se aprecia que solo 41,7% de los pacientes se encuentra satisfechos con el manejo del dolor, el menor porcentaje en relación a todos los demás servicios. Lo anterior se puede explicar debido a que en la época no se hacía registro rutinario de EVA por parte de enfermería. Esto explica el déficit en la pesquisa, diagnóstico y el consiguiente manejo. El tipo de dolor de los pacientes hospitalizados en este servicio no se debe a una noxa por una intervención quirúrgica sino, principalmente, a una sustrato orgánico de base muchas veces poco modificable, asociada además a un gran número de comorbilidades que intervienen en la percepción e interpretación del dolor, como es la diabetes mellitus, artritis reumatoide u otros dolores crónicos, muchas veces descompensada.

Llama la atención que la edad y el género no muestran relación significativa para establecer una asociación en intensidad o percepción del dolor. Es más, en nuestro análisis observamos que el promedio de mayor edad se encuentra en los servicios de traumatología y cirugía con 65,8 y 63,8 años respectivamente. En ambos casos el nivel de percepción del dolor fue el esperado según otros estudios. Sí destaca que la satisfacción fue de las mejor evaluadas.

Destaca en los resultados que en el servicio de cirugía digestiva 81,5% de los pacientes refieren haber sentido dolor en algún momento de su hospitalización, aunque el 100% refiere sentirse satisfecho con el manejo. De lo anterior se pueden desprender variadas interpretaciones, como que el personal de enfermería de servicios quirúrgicos se encuentra más familiarizado y empático con la evaluación del dolor y su pesquisa precoz. En un segundo aspecto podría implicar que el personal médico estaría más sensibilizado y educado en el manejo de la analgesia, incentivado por el fomento al alta precoz y técnicas de recuperación mejorada tras la cirugía (ERAS, por su siglas en inglés).

Cabe mencionar, que se consideraba realizar encuesta al

personal de enfermería para intentar recabar información respecto a conocimiento sobre conceptos de dolor, no obstante, este grupo objetivo presentó cierta resistencia a ser encuestado a pesar de ser anónimo, por lo que no fue posible obtener datos suficientes para el análisis.

En nuestro país son escasos los estudios que registran las características del dolor en pacientes hospitalizados, con limitaciones como entrevista a pacientes menores de 18 años (criterio de exclusión de nuestro estudio). El último estudio similar en Chile fue realizado el año 2010 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, la encuesta fue aplicada a 198 pacientes hospitalizados en los distintos servicios del hospital, evaluando la prevalencia, intensidad y características del dolor, donde los Servicios que presentaban mayor cantidad de pacientes con dolor fueron Cirugía, Medicina Interna y Urología. En este estudio no hay datos de intensidad del dolor y no se enfocó en el manejo del dolor y la satisfacción del paciente[13].

En cuanto a estudios internacionales en iberoamérica, destaca un estudio realizado el 2009 en Madrid, el cual investigó cómo se evaluaba el dolor y la efectividad de su tratamiento. Al igual que nuestro estudio se realizaron encuestas en distintos servicios del hospital, con un N de pacientes cercano al nuestro. Los resultados fueron similares en cuanto a los porcentajes de incidencia e intensidad del dolor y a la satisfacción de los pacientes en el manejo del dolor, donde el servicio quirúrgico tuvo mejores resultados en ambos estudios, siendo el tratamiento más frecuente analgesia por horario[14].

Otro estudio de similares características al nuestro fue llevado a cabo en España durante 1998, en el Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, para determinar la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. Se encontró que el 61,4% de los pacientes presentan dolor, sin diferencias significativas entre los sexos. Los resultados se orientaron a promover acciones intrahospitalarias formativas que permitieran optimizar el manejo del dolor[15].

En 2 estudios realizados en Colombia, uno el 2015[16] y otro el 2022[17], se encontraron similitudes con nuestro estudio, en cuanto a la intensidad del dolor en pacientes hospitalizados y que identificó una deficiente cantidad de evaluaciones con EVA en relación a la toma de signos vitales. El número de tomas del dolor en relación con el número de tomas de signos vitales fue sólo de 1:4.

Un tema pendiente en los hospitales públicos es el desarrollo de unidades de dolor agudo asegurando cumplir con la premisa del dolor como quinto signo vital. Aquí se requiere personal dedicado a educar y evaluar (médico y de enfermería), no sólo en los manejos de técnicas complejas, sino del manejo preventivo multimodal de las recomendaciones de la OMS.

Dentro de las limitaciones de este estudio, es que hubiéramos deseado incluir otros servicios, como Urgencias, pero encontramos dificultad de consignar el número total de pacientes hospitalizados por el alto flujo diario de pacientes, imposibilitando el análisis.

Otra limitante fue que, dentro de los objetivos del estudio, era determinar la concordancia de la evaluación estandarizada estricta en base a criterios OMS y Sociedad Mundial del Dolor con la evaluación hecha por enfermería. Sin embargo, observamos servicios en donde no se registraba el EVA del paciente en conjunto con los signos vitales y solo se consignaba si el paciente, espontáneamente, refería dolor.

La evaluación del dolor sigue siendo un tema de amplio estudio y debate, del cual se enseña muy poco en la carrera de medicina y se evalúa aún deficientemente, por lo cual sigue exigiendo desarrollar estudios de resultados y profundizar la educación del personal de colaboración médico y a estudiantes de las carreras de la salud. La pregunta central en la evaluación de la escala Verbal o Visual es aún poco entendida y más aún preguntada en forma incorrecta. Por ejemplo: se insiste en preguntar por “el máximo dolor que el paciente ha experimentado” y no por el que pudiera imaginar como intolerable. A raíz de los datos obtenidos de este estudio, consideramos que las líneas de investigación podrían seguir en establecer protocolos de registro del dolor basado en un análisis estandarizado por los equipos de enfermería. Hay que dejar establecido, que está validado que el EVA es un instrumento reproducible, para la práctica clínica, no así para estudios de investigación que miden otras variables como calidad de vida y autonomía.

Un hecho destacado de esta experiencia, es que tras la encuesta el Servicio de medicina del hospital, se vió estimulado a incluir la evaluación de dolor en forma sistemática.

Otro punto pendiente a investigar es el cumplimiento de los protocolos y técnicas disponibles para la analgesia en poblaciones de baja escolaridad o de población de pueblos originarios. En la formación médica aún existen mitos y desconocimiento de la farmacología significativos en el uso de opioides intravenosos para el rescate del dolor incidental. El uso de bloqueos continuos versus bloqueos únicos aún sigue en discusión desde su costo-efectividad, la facilidad de manejo domiciliario o la posibilidad de potenciar la kinesioterapia precoz. En el espacio intrahospitalario todavía persisten, por ejemplo, visiones anticuadas en torno al manejo de analgesia peridural segmentaria asociadas a eventos de hipotensión arterial, donde se opta por suspender la analgesia en vez de volemiar, evaluar el estado global de perfusión, o causas de descompensación como sangrados o terceros espacios.

En Chile, no hay estudios de cronificación del dolor posoperatorio, y consideramos que se debe realizar una evaluación conjunta del manejo del dolor agudo y sus consecuencias posteriores, dado a que son un continuo en la evaluación de calidad y resultados de impacto en la calidad de vida de nuestra población. El dolor crónico posoperatorio descrito, ya hace más de 25 años[13] como problema es aún un gran olvidado.

Este es un primer intento de avanzar en estas direcciones desde un hospital de alta complejidad y de provincia, con alta población de adultos mayores y población originaria, que no cuenta con unidad de dolor agudo, pero sí es centro académico para estudiantes de medicina, enfermería y otras carreras de la salud.

Conclusión

El dolor intrahospitalario es una experiencia compleja y subjetiva que afecta tanto al bienestar físico como emocional de los pacientes. A pesar de ser reconocido como un problema significativo, su evaluación y manejo continúan presentando desafíos debido a la naturaleza subjetiva de la experiencia del dolor y a la variabilidad en su percepción. La falta de registros sistemáticos y la subvaloración por parte del personal médico y de enfermería son aspectos destacados que requieren atención urgente para mejorar la calidad del cuidado. Es imperativo implementar

métodos estandarizados de evaluación del dolor y promover una cultura de manejo efectivo que no sólo alivie el sufrimiento del paciente, sino que también prevenga la transición del dolor agudo al crónico. Este estudio intenta también dejar planteada la necesidad de investigaciones continuas y programas educativos para avanzar en el tratamiento del dolor intrahospitalario y mejorar así la calidad de vida de los pacientes durante su estancia hospitalaria.

Actividades personales específicas: M. Arellano, F. Espinosa, P. Momberg, V. Rabie, M. Zarges: Encuestas, revisión bibliográfica, escritura manuscrito.

PHD J. González: apoyo logístico, estadística.

Dra. F. Arce, Dr. P. Sepúlveda V: idea general, supervisión, escritura manuscrito.

Referencias

1. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*. 1979 Jun;6(3):249–52. PMID:460932
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020 Sep;161(9):1976–82. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939> PMID:32694387
3. Max MB; American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA*. 1995 Dec;274(23):1874–80. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530230060032> PMID:7500539
4. Murray CJ, Atkinson C, Bhalla K, Birbeck G, Burstein R, Chou D, et al.; U.S. Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA*. 2013 Aug;310(6):591–608. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.13805> PMID:23842577
5. Rice AS, Smith BH, Blyth FM. Pain and the global burden of disease. *Pain*. 2016 Apr;157(4):791–6. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000454> PMID:26670465
6. Miranda JP, Morales A, Cavada G, Eberhard ME, Ahumada M, Méndez L, et al. Validación primera encuesta Chilena de Dolor crónico no oncológico. *Dolor*. 2013;60:10–8.
7. Erazo MA, Pérez L, Colmenares CC, Álvarez H, Suárez I, Mendiavello F. Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2015;22(6):241–8. <https://doi.org/10.4321/S1134-80462015000600005>.
8. Herrera Silva J, Rodríguez Matallana J, Contreras de la Fuente D, de la Torre Liébanas R, Gómez Armenta F, Linares del Río F, et al. Estudio epidemiológico del dolor en la comunidad de Andalucía. *Rev. Esp. Dolor*. 2012;19(5):239–51.
9. Searle RD, Simpson KH. Chronic post-surgical pain. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain*. 2010;10(1):12–24. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkp041>.
10. Muñoz-Alvaredo L, López Vallecillo M, Jiménez Pérez JM, Martín-Gil B, Muñoz Moreno MF, Fernández-Castro M. Prevalencia, manejo y registro del dolor en unidades de Medicina Interna. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2020;30(4):275–81. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.004> PMID:30598350
11. Ortega-Zufiria JM, Sierra-Rodríguez M, López-Ramírez Y, Bernal-Piñero J, Silva-Mascaró D, Poveda-Núñez P, et al. Prevalencia del

- dolor en pacientes hospitalizados en el Servicio de Neurocirugía de un Hospital Universitario Terciario en Madrid, España. *Rev Peru Investig Salud*. 2021;5(2):91–9. <https://doi.org/10.35839/repis.5.2.917>.
12. Giusti GD, Reitano B, Gili A. Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta Biomed*. 2018 Feb;89 4-S:64–70. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-s.7055> PMID:29644991
 13. Jaque J, Miranda JP, Monje D, Muñoz E, Hormazábal F, Abusada N, et al. Prevalencia, intensidad y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Dolor*. 2010;54:18–24.
 14. Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols C, Mínguez S. El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev Soc Esp del Dolor*. 2009; 16(6): 314–322. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462009000600004&lng=es&tlng=es [https://doi.org/10.1016/S1134-8046\(09\)72539-X](https://doi.org/10.1016/S1134-8046(09)72539-X).
 15. Padrol A, Pérez-Esquiva M, Olona M, Francesch A, Tomas I, Rull M. Estudio de la prevalencia de dolor en pacientes hospitalizados. *Rev Soc Esp del Dolor*. 2001;8(8):555–61.
 16. Erazo-Muñoz MA, Colmenares-Mejía CC. Dolor en pacientes hospitalizados en una institución de salud de tercer nivel. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2018;46(1):19–25. <https://doi.org/10.1097/CJ9.0000000000000004>.
 17. Colina YA, Vallejo E, Rodríguez A, Escobar J, Posada C, Joaquín WH. El dolor en pacientes hospitalizados en una institución de alta complejidad. *Medicina U.P.B*. 2022;41(2):114–20. <https://doi.org/10.18566/medupb.v41n2.a04>.
 18. Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology*. 2000 Oct;93(4):1123–33. <https://doi.org/10.1097/00000542-200010000-00038> PMID:11020770