

# Dolor en las Unidades de Ingreso de un Hospital Universitario

Sonia B. Felix Ribeiro <sup>1</sup>, João Carlos Pizani Pinto <sup>2</sup>, João Batista Ribeiro <sup>3</sup>, Márcia M. Santos Felix <sup>4</sup>,  
Sabrina Martins Barroso <sup>5</sup>, Lucas Felix de Oliveira <sup>6</sup>, Andreza A. Felix <sup>7</sup>, Valdênia das Graças Nascimento <sup>8</sup>,  
Matheus F. Felix Ribeiro <sup>9</sup>, Fátima A. Emm Faleiros Sousa <sup>10</sup>

**Resumen:** Ribeiro SBF, Pinto JCP, Ribeiro JB, Felix MMS, Barroso SM, Oliveira LF, Felix AA, Nascimento VG, Ribeiro MFF, Sousa FAEF – Dolor en las Unidades de Ingreso de un Hospital Universitario.

**Justificativa y objetivos:** Estudio exploratorio, descriptivo y transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia, la caracterización, la ubicación, la mensuración y la discusión de las medidas farmacológicas analgésicas en dolor agudo, en cinco unidades de ingreso de un hospital universitario.

**Método:** Participaron 856 sujetos, de los cuales 272 tenían dolor en ese momento. Las informaciones relacionadas con el dolor se obtuvieron por medio de una entrevista estructurada con el paciente y junto a la cama de hospital. Se usó la escala numérica de dolor y el diagrama corporal.

**Resultados:** La analgesia fue verificada en la historia clínica del paciente. La prevalencia general de dolor fue de un 31,8% siendo intensa en un 44,2% y con un promedio de 6,6 en la escala numérica de dolor. El motivo principal fue el traumatismo y la región más frecuente fue el abdomen. El analgésico más usado fue la dipirona en un 76,1%, con/sin asociación. Se prescribió opioide fuerte en un 4,4%. Para el 27,5% no se registró mejoría.

**Conclusiones:** Llegamos a la conclusión de que el dolor es de alta prevalencia, poco evaluado, mal tratado, y con el uso incorrecto de analgésicos.

**Descriptor:** ANALGESIA; DOLOR; TÉCNICAS DE MEDICIÓN, Dolor; Unidades de Ingreso.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Reservados todos los derechos.

## INTRODUCCIÓN

El dolor se entiende como un fenómeno multifactorial y la lesión tisular y los aspectos emocionales, socioculturales y ambientales son factores que lo componen <sup>1</sup>, estando así a tono con el concepto de dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) <sup>2-3</sup>. El dolor siempre es subjetivo y cada individuo aprende, siente y usa ese término a partir de sus experiencias anteriores <sup>2</sup>.

El dolor agudo surge como una señal de alerta o como una alarma, denotando la presencia de estímulos tóxicos y/o de daño tisular, y es de fundamental importancia para la integridad física del individuo <sup>3-4</sup>. El síntoma dolor constituye uno de los principales motivos para la búsqueda de cuidados en la salud por parte de la población en general <sup>5</sup> y es muy frecuente en las unidades de ingreso, principalmente en emergencia, como consecuencia de traumatismos, procesos inflamatorios/infecciosos, quemaduras e isquemia, entre otros <sup>3</sup>. El control del dolor debe ser visto como una prioridad en el ámbito de prestación de cuidados de la salud <sup>5</sup>. Su alivio puede ser comprendido como un derecho humano básico y por lo tanto, va más allá de la cuestión clínica y se depara con la cuestión ética que involucra a los profesionales de la salud <sup>5-6</sup>. Además, las evidencias arrojan resultados en que el dolor no tratado puede afectar adversamente el proceso de recuperación y tiende a convertirse en crónico, lo que eleva los costes sociales y financieros que están involucrados <sup>6-7</sup>.

Estudios internacionales <sup>8-9</sup> y nacionales <sup>7,10-11</sup> indican que el dolor, sea agudo o crónico, en todos los niveles de atención a la sanidad, se subdiagnostica, se evalúa mal, se trata mal y en algunos casos no se trata como es debido. A pesar de la relevancia del síntoma dolor, no existen muchos estudios en Brasil sobre su prevalencia en pacientes hospitalizados, lo que dificulta la sensibilización de los profesionales del área de la sanidad para la planificación de las acciones, programas y ubicación de recursos materiales y humanos con el fin de controlarlo intrahospitalariamente.

Recibido de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.

1. Neurólogo; Docente Asociada al Departamento de Clínica Médica, Asignatura de Neurología; Clínica de Dolor, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

2. Médico; Residente de Neurología, UFTM

3. Psicólogo; Magíster, Psicología; Docente del curso de Psicología, UFTM

4. Enfermera; Cursando el Máster, Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (USP)

5. Psicóloga; Magíster, Psicología; Docente del curso de Psicología de la UFTM

6. Psicólogo; Doctorando, Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, USP

7. Enfermera; Doctoranda, UFTM

8. Médica; Especialista, Ortopedia, UFTM; Iniciación Científica, Fapemig

9. Psicólogo; Universidad Federal de Minas Gerais

10. Docente Titular, Departamento de Enfermería General; Especialización, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, USP

Artículo sometido el 22 de octubre de 2011.

Aprobado para su publicación el 19 de noviembre de 2011.

Correspondencia para:  
Dra. Sonia B. Felix Ribeiro  
Travessa Branca, 188  
38057-060 – Uberaba, MG, Brasil  
E-mail: ribeofelix@terra.com.br

Para conocer el manejo del dolor intrahospitalario fue realizado un estudio cuyos objetivos fueron los siguientes: determinar la prevalencia de dolor agudo en pacientes ingresados en cinco unidades de ingreso de un hospital universitario; caracterizar y mensurar el dolor al momento de la evaluación y analizar las medidas farmacológicas analgésicas adoptadas en esos pacientes.

## MÉTODOS

Estudio exploratorio y transversal, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal, bajo el número de protocolo 780/2006. La investigación se hizo con los pacientes ingresados en las unidades de Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Ginecología/Obstetricia, Neurología/Ortopedia y Urgencias del Hospital de Clínicas de la *Universidade Federal do Triângulo Mineiro*.

Formaron parte del estudio personas con una edad igual o superior a los 15 años, de ambos sexos, independientemente de etnia o color, ingresadas en una de las unidades seleccionadas, y que tenían condiciones de comunicarse y de entender el método de evaluación. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio, y estuvieron de acuerdo voluntariamente en colaborar. Todos ellos firmaron el Término de Consentimiento Informado.

La compilación de los datos fue en los meses de mayo y junio de 2008 y fue hecha por un equipo entrenado previamente sobre el dolor y sobre las técnicas de la entrevista. Los entrevistadores eran médicos residentes de la universidad y académicos, que pertenecían a la Liga de Estudio y Apoyo al Paciente con Dolor y contaban con la supervisión de un tutor perteneciente al equipo de Dolor.

Los datos fueron recolectados por medio de una entrevista estructurada, hecha en la cama del paciente en donde él estaba ingresado, e inicialmente se le preguntaba sobre la presencia de dolor en ese momento. Si el paciente no tenía dolor, el entrevistador le agradecía y solamente anotaba la unidad de ingreso y el número de la cama de hospital. En el caso de que el paciente manifestase dolor, se continuaba con las preguntas definidas en el corpus de la investigación. Se anotaron datos demográficos (sexo, edad), color de la piel y variables relacionadas con el dolor (motivo, tiempo de duración antes del ingreso, localización, frecuencia, intensidad, caracterización, reacción frente al dolor etc.). Las entrevistas ocurrían siempre en el período de la mañana y los pacientes estuvieron acompañados hasta su alta.

Para la evaluación de la intensidad y la localización del dolor, fueron aplicadas la Escala Numérica de Dolor (END) elaborada por Huskisson<sup>12</sup>, y el Diagrama Corporal (dibujo del cuerpo humano, en el cual el paciente indicaba la región de incidencia del dolor). La escala END varía de cero (ausencia de dolor) a diez puntos (peor dolor posible) y para este estudio las respuestas fueron categorizadas en cuatro niveles de acuerdo con la Escala Analgésica de Dolor de la OMS<sup>13</sup>: sin dolor (0), dolor leve (1 a 3), dolor moderado (4 a 7) y dolor intenso/severo (8 a 10).

**Tabla I** – Distribución de las Atenciones de los Pacientes y de los Casos de Dolor, por Unidad de Ingreso

Enfermería	Total de pacientes atendidos		Pacientes con dolor		Pacientes sin dolor	
	N	%	N	%	N	%
PS	336	39,2	116	34,5	220	65,5
Clínica Quirúrgica	111	13,0	53	47,7	58	52,3
Clínica Médica	242	28,3	45	18,6	197	81,4
Ginecología/Obstetricia	89	10,4	38	42,7	51	57,3
Neurología/Ortopedia	78	9,1	20	25,6	58	74,4
Total	856	100	272	31,8	584	68,2

Sobre la farmacología analgésica, se consultaron las historias clínicas y fueron anotadas las prescripciones analgésicas de las últimas 24 horas. Los fármacos fueron categorizados en siete grupos: Grupo 0 - sin prescripción analgésica; Grupo I - analgésicos comunes; Grupo II - antiinflamatorio no hormonal; Grupo III - analgésicos opioides débiles; Grupo IV - analgésicos opioides fuertes, Grupo V - no informado; Grupo VI - otros (medicamentos compuestos).

Los datos fueron analizados por medio del programa SPSS-PC para Windows. Inicialmente se procedió al análisis descriptivo para la caracterización de la muestra y del dolor referido por los pacientes, en términos de porcentaje y promedios. Para investigar las relaciones entre las unidades de ingreso, características del dolor y prescripción de analgésicos, fueron usados los análisis de correlación de Spearman, el test de variancia de Kruskal-Wallis y el índice *post hoc* de Bonferroni<sup>14</sup>.

## RESULTADOS

En el período del estudio, 856 pacientes estuvieron ingresados en una de las cinco unidades seleccionadas. La prevalencia de dolor evaluada al momento de la entrevista fue de 31,8%, o sea que 272 pacientes ingresados tenían dolor en algún momento a la hora del ingreso. Los resultados presentados a continuación se refieren a los pacientes con dolor.

La edad de los pacientes varió de 15 a 93 años, y el promedio quedó en 46,1 años (DE = 18,77) habiendo una predominancia de pacientes blancos (65,4%). No hubo prevalencia de sexo (50,4% de mujeres).

La Tabla I presenta la distribución de los pacientes ingresados en las unidades y la presencia o no de dolor.

La unidad de PS tuvo un mayor número de ingresos (n = 336). Sin embargo, los pacientes de las unidades de Clínica Quirúrgica (47,7%) y Ginecología/Obstetricia (42,7%)

obtuvieron un mayor número de casos de dolor. La Tabla II presenta la caracterización epidemiológica de los pacientes con dolor.

Los pacientes que tenían dolor contaban con edades entre los 15 y los 93 años, y el promedio de edad quedó en 46,09 años (DE = 18,77). Conforme a lo visto en la Tabla II, los pacientes con dolor eran en su mayoría, blancos (65,4%), sin prevalencia de sexo. La caracterización del dolor referida por los pacientes figura en la Tabla III.

**Tabla II** – Caracterización de los Pacientes con Dolor Atendidos en las Enfermerías del Hospital de Clínicas de la *Universidade Federal do Triângulo Mineiro*

Sexo	N	%	Etnia	N	%
Feminino	137	50,4	Blanca	178	65,4
Masculino	135	49,6	Negra	46	16,9
			Parda	18	17,6

Analizando la Tabla III, se observa que la mayoría de los pacientes presentó dolor intenso (44,2%), con 10 puntos en la escala numérica de dolor (26,6%), y el promedio de la intensidad de dolor quedó en 6,53 (DE = 2,82). El tiempo de dolor antes del ingreso estuvo entre dos y siete días para un 29,4% de los pacientes. Las regiones de más incidencia de dolor fueron el abdomen (23,5%) y los miembros inferiores (22,1%). La mayor parte de los pacientes no presentó infecciones asociadas (86,4%) y el principal motivo para el dolor fue el traumatismo (22,8%), excluyendo la suma de las causas abarcadas en la categoría "otras causas de dolor" (26,5%). La Tabla IV presenta la forma de conducción de la analgesia, el

tiempo para la mejoría del dolor pos analgesia y la reacción de los pacientes frente al dolor.

La mayor parte de los pacientes solicitó medicación cuando sintió dolor (46%). Sin embargo, para el 53,7% la analgesia no fue administrada en el momento del dolor. La principal forma de administración de analgésicos fue por vía endovenosa (75,6%) y con un horario fijo (57,7%) siendo la dipirona el medicamento más usado (75,7%). No obstante, nos llama la atención que el 21,3% de los pacientes, incluso sintiendo dolor, no se quejasen y que un 18,8% se conformasen con el dolor. Para (22,4%) de los pacientes, después de la analgesia, el dolor se demoró entre dos y diez horas para mejorar y para (27,5%) no hubo una mejoría del dolor.

Las correlaciones entre las variables estudiadas están en la Tabla V. La complementación de los análisis de correlación se hizo por medio del test de Kruskal-Wallis y del test *post hoc* de Bonferroni, y figuran en el texto.

### Correlaciones entre las características del dolor y el tratamiento recibido por los pacientes ingresados.

Los análisis de variancia y *post hoc* arrojaron pacientes atendidos en la unidad de Ginecología/Obstetricia con promedios de edad más bajos que en las restantes unidades de ingreso (KW = 51,36; p = 0,000). En la Clínica Médica los pacientes permanecieron con dolor por más tiempo, lo que también ocurrió en Urgencias (KW = 27,26; p = 0,000). La Clínica Quirúrgica fue la unidad que tuvo un menor tiempo hasta la mejoría del dolor (KW = 14,71; p ≤ 0,05). Y la mayor intensidad del dolor se dio en los pacientes atendidos en Urgencias (KW = 22,06; p = 0,000).

Hubo una correlación también, entre las unidades y el uso de asociación medicamentosa (R = 0,21; p ≤ 0,001), el grupo

**Tabla III** – Caracterización del Dolor referido por los Pacientes de las Enfermerías

Intensidad del dolor	%	Escala numérica del dolor	%	Tiempo de dolor antes del ingreso	%	Región del dolor	%	Motivo del dolor	%	Infección	%
Leve (1 a 3)	17,8	Uno	3,0	< 1 hora	19,1	Cabeza y cuello	17,8	Postoperatorio	18,8	Infección asociada con el dolor	13,6
Moderada (4 a 7)	38,0	Dos	3,7	2-5 horas	10,3	Cervical	1,8	Neoplasia	6,3	Sin infección	86,4
Intensa (8 a 10)	44,2	Tres	11,1	6- 24 horas	22,1	Miembros super.	9,0	ACV	2,2		
		Cuatro	11,1	2- 7 días	29,4	Tórax	12,7	Cefalea	8,8		
		Cinco	10,7	> 1 semana	19,1	Abdominal	21,5	Vasculopatía	4,0		
		Seis	16,2			Espina lumbar	3,2	Neuropatía	1,1		
		Siete	3,0			Miembros infer.	19,1	Traumatismo	22,8		
		Ocho	5,2			Pelve	10,9	Parto/Aborto	4,4		
		Nueve	9,6			Anal, perineal y genital	2,2	IAM	3,7		
		Diez	26,6			Más de tres regiones	1,8	Otra	26,5		
						No informado	1,5				

**Tabla IV** – Caracterización de la Analgesia Administrada a los Pacientes de las Enfermerías, Grupos Farmacológicos, Tiempo Necesario para la Mejoría del Dolor, Reacción de los Pacientes en Caso de Dolor

Analgesia al momento del quejido de dolor	%	Analgesia al momento del quejido de dolor	%	Vía de la Analgesia	%	Grupos Farmacológicos	%	Reacción del paciente en caso de dolor	%	Tiempo para la mejoría del Dolor después de la analgesia	%
Sí	46,3	Según criterio	42,3	Endovenosa	75,6	Buscapina*	2,6	Solicita medicación (c/ o s/ llanto)	46,0	< 30 min.	19,5
No	53,7	Horario Fijo	57,7	Oral	24,4	Diclofenaco**	1,4	Chora	8,1	31 min.-1 h	14,0
						Morfina****	2,6	Nervioso/ agresivo (c/ o s/ llanto)	4,0	1- 2 h	2,9
						Dipirona*	75,7	Se conforma c/ el dolor	18,8	2- 10 h	22,4
								No se queja	21,3	11- 24 h	13,6
								Otra	2,6	Sin mejoría	27,5
						Lisador*	0,4				
						Neosaldina*	0,4				
						Paracetamol*	1,1				
						Ketoprofeno**	0,4				
						Tramadol***	3,0				
						Codeína***	0,4				
						No informado	11,4				

\*Analgésico simples, \*\*AINES, \*\*\*Opioides débiles, \*\*\*\*Opioides fuertes.

**Tabla V** – Correlaciones Presentadas entre las Características del Dolor y del Tratamiento recibido por los Pacientes Ingresados en las Enfermerías del Hospital de Clínicas de la *Universidade Federal do Triângulo Mineiro*

	Enfermería	Edad	Tiempo de duración del Dolor antes del ingreso	Intensidad del Dolor	Reacción del paciente al Dolor	Infección asociada	Región de la Infección	Motivo del Dolor	Analgesia al momento de la queja	Vía de la Analgesia	Tiempo para la mejoría del Dolor
Enfermería	1	0,18**	0,15*	0,27**	0,18**	0,03	0,05	0,39**	0,21**	0,22**	0,20**
Edad	0,18*	1	0,27**	-0,01	0,16**	0,02	0,01	0,09	0,02	0,02	0,02
Tiempo de duración del dolor antes del ingreso	0,15*	0,27**	1	-0,06	-0,04	-0,17*	0,17**	0,07	0,00	-1,09	0,26**
Intensidad del dolor	0,27**	-0,01	-0,06	1	0,02	-0,03	-0,02	0,20**	0,02	-0,10	0,12*
Reacción del paciente al dolor	0,18*	0,16*	0,04	0,02	1	-0,04	0,01	0,01	0,11	0,01	0,07
Infección asociada	0,03	0,02	0,17**	-0,03	-0,04	1	0,93**	-0,11	-0,05	0,11	0,05
Región de la infección	0,52	0,01	0,17**	-0,02	-0,01	0,93**	1	-0,08	-0,02	0,14*	0,04
Motivo del dolor	0,39**	0,09	0,07	0,20**	0,01	0,11	0,08	1	0,17**	0,11	0,08
Analgesia al momento de la queja	0,21**	0,02	0,00	0,02	0,11	-0,05	-0,02	0,17*	1	0,16*	0,14*
Vía de la analgesia	0,22**	0,02	0,11	-0,10	0,01	0,11	0,14*	0,11*	0,16**	1	-0,16*
Mejoría del dolor y adm de fármacos	0,20*	0,02	0,26*	0,12*	0,07	0,05	0,04	0,08	0,14*	-0,16*	1

\*\* p ≤ 0,001; \* p ≤ 0,05

farmacológico usado para analgesia ( $R = 0,23$ ;  $p \leq 0,001$ ) y la clase de los medicamentos asociados ( $R = 0,24$ ;  $p \leq 0,001$ ). Los análisis *post hoc* indicaron que las unidades de Clínica Médica y Ginecología/Obstetricia eran diferentes de las demás y que hicieron un menor uso de la asociación analgésica ( $KW = 51,68$ ;  $p = 0,000$ ).

Solo en la unidad de Urgencias hubo una prescripción de opioides fuertes y la Neurología/Ortopedia usó predominantemente, analgésicos opioides débiles ( $KW = 22,01$ ;  $p = 0,000$ ). Los pacientes tratados con opioides fuertes mejoraron en menos de una hora, los tratados con opioides débiles entre una y dos horas ( $KW = 18,16$ ;  $p = 0,000$ ).

La edad de los pacientes también tuvo relaciones significativas con la duración del dolor ( $R = 0,27$ ;  $p \leq 0,001$ ) y con la reacción frente al dolor ( $R = 0,16$ ;  $p \leq 0,05$ ). Los resultados indicaron que mientras más ancianos eran los pacientes, mayor era el tiempo de duración del dolor. Los análisis *post hoc* indicaron también, que los pacientes entre 80 y 82 años fueron los que más se conformaron con el dolor ( $KW = 51,36$ ;  $p \leq 0,001$ ). Además de eso, la presencia de infección aumentó el tiempo de duración del dolor ( $R = 0,17$ ;  $p \leq 0,001$ ) y la infección en la región abdominal y en los miembros inferiores, fue la que tuvo una mayor duración ( $KW = 17,55$ ;  $p \leq 0,05$ ).

La analgesia endovenosa mostró una correlación significativa con el alivio más rápido del dolor ( $R = 0,16$ ;  $p \leq 0,05$ ) siendo más usada en pacientes con neoplasias y traumatismos, mientras que la analgesia por vía oral, fue la más usada para tratar las cefaleas. Los pacientes que no recibieron analgesia al momento de quejarse de dolor, mejoraron entre dos y diez horas después de la administración del fármaco, o no mejoraron, aunque recibieron medicación posteriormente ( $KW = 5,39$ ;  $p \leq 0,05$ ).

## DISCUSIÓN

El estudio de prevalencia de dolor es un importante indicador de calidad en el cuidado. Recientes datos de la literatura han demostrado que más de un 50% de los pacientes hospitalizados se han quejado de dolor de moderada a severa en las 24 horas previas, independientemente de las causas (quirúrgicas, neoplásicas, traumáticas, u otras) <sup>15-16</sup>. Algunos autores <sup>9,17</sup> han evaluado el dolor en dos momentos del ingreso, durante la entrevista y en las 24 horas anteriores, y encontraron, respectivamente, las prevalencias de 23%-64% <sup>9</sup> y 38%-52% <sup>17</sup>. En el presente trabajo, encontramos una prevalencia general de un 31,8% de dolor al momento de la entrevista, con un promedio de 6,6 en la END, siendo el dolor intenso/severo en 44,2% de los casos. En un estudio sobre la prevalencia de dolor en hospitales de Italia <sup>15</sup>, encontramos que 46,6% de los pacientes estudiados, tuvieron dolor severo con un promedio de intensidad de siete puntos en la END, datos que fueron parecidos a los del presente estudio.

Otro aspecto observado en este trabajo, es que a pesar de la aparente baja prevalencia de dolor, si está evaluada por las unidades de ingreso, vemos que en la Clínica Quirúrgica la prevalencia fue de un 47% y en la Ginecología/Obstetricia

un 42,7%, un índice elevado en las unidades relacionadas con los procedimientos quirúrgicos. En una investigación que se hizo en Recife <sup>18</sup> sobre dolor postoperatorio, encontramos prevalencia de un 46% de dolor en las primeras 24 horas, corroborando los resultados encontrados en el presente estudio, a pesar de que la mensuración del dolor se haya hecho en momentos diferentes en cada estudio, y de que el presente trabajo no haya investigado necesariamente pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos.

La unidad de Clínica Médica tuvo la menor prevalencia de dolor (18,6%). Esa baja prevalencia puede haber ocurrido por el hecho de que pacientes con dolor agudo, como el del infarto del miocardio y otros dolores torácicos y abdominales agudos, permanecen en Urgencias hasta su estabilización. En la unidad de Clínica Médica están los pacientes más ancianos, con complicaciones respiratorias, diabéticos, desnutridos, cardiopatas descompensados y con depauperación cognitiva, que, tal vez, por la propia evolución de sus enfermedades, no estén atentos o sencillamente no se quejen de dolor. En un estudio <sup>8</sup> sobre dolor en ancianos ingresados en una unidad de Clínica General Aguda, encontramos una prevalencia de un 70% de dolor de moderada intensidad. Los autores observaron que, para la mitad de los casos registrados, no había una prescripción analgésica y que un 37% de los pacientes que recibieron analgésicos, incluso con la persistencia del dolor, no recibieron medicación de rescate. Concluyeron que la alta prevalencia de dolor en ancianos ingresados realza la necesidad de secundar directrices y prácticas de monitoreo, ya que los ancianos generalmente no se quejan aunque sientan dolor. También comentaron que los ancianos generalmente no se quejan porque creen que están molestando a los profesionales de la salud o porque tienen disfunciones cognitivas. Un hecho similar puede haber ocurrido en el presente estudio, que presenta el mismo perfil de pacientes. Eso podría ser una justificación para la baja prevalencia de dolor encontrada en la unidad de Clínica Médica.

Otros datos de esa unidad nos llaman la atención. Esa unidad fue la que más administró analgésico al momento del dolor, pero con una prescripción solamente si fuere necesario. También fue el local en donde los pacientes se quedaron con dolor durante más tiempo y donde hubo un menor uso de asociación de analgésicos. El analgésico más usado fue la dipirona para todos los tipos e intensidades de dolor. También en esa unidad, los resultados indicaron que la edad se correlacionó con el dolor. Los pacientes más viejos tuvieron un mayor tiempo de duración del dolor y a pesar de tener dolor de moderada a severa intensidad, su comportamiento fue no quejarse o conformarse con él.

En el sector de Ginecología/Obstetricia, fueron encontradas parturientes y pacientes con neoplasias, situaciones en que el dolor generalmente es de fuerte intensidad, y en que las medidas analgésicas deberían ser sistemáticas. A pesar de la alta prevalencia de dolor (42,7%), se prescribieron solamente analgésicos comunes y no opioides.

Aunque el consumo de analgésicos sea alto en ambiente hospitalario, la adhesión a los principios y a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en

cuanto al uso de analgésicos en casos de dolor, todavía es baja. Según un estudio hecho en Italia<sup>15</sup>, ese hecho se debe a la falta de interés de los profesionales de la salud en recibir entrenamiento en el área dolor. Esos autores concluyeron que apenas un 8% de los pacientes con dolor fueron tratados con la asociación de opioides/AINES, que presentan sinergia. Además, solamente un 6% usaron las dosis en horarios fijos y con dosis de rescate, conforme a lo preconizado por la OMS para el tratamiento del dolor en general<sup>15</sup>.

A pesar de las consideraciones de la OMS sobre el uso de analgésicos, existen muchos recelos en cuanto al uso de opioides que parecen persistir a lo largo de las últimas décadas<sup>19</sup>. Estudios hecho en Francia<sup>20-21</sup> han demostrado que un 76% de los médicos refieren resistencia a prescribir opioides para el dolor de origen oncológico. Esos estudios confirmaron la existencia de barreras comportamentales y una deficiencia de conocimiento específico por parte de los profesionales de la salud.

En un estudio sobre el uso de opioides<sup>16</sup>, los autores compararon la analgesia usada en los pacientes hospitalizados oncológicos y no oncológicos. Los resultados no permitieron investigar las múltiples causas del mal tratamiento del dolor, pero la opiofobia (temor al uso de fármacos opioides asociado a la falta de conocimiento sobre el manejo de fármacos analgésicos apropiados, por un miedo avasallador de abuso y dependencia), creen los autores, con seguridad sería un factor, principalmente en los casos de dolor no oncológico. Ellos dicen que otro factor que podría contribuir para el bajo uso de los opioides, sería la negativa por parte de los pacientes y/o parientes, a aceptar el uso de esas medicaciones por miedo a la dependencia. Y terminan diciendo que el resultado es el uso en dosis inadecuadas, en horarios no estipulados, especialmente cuando las causas del dolor son no oncológicas.

En Brasil existen pocos estudios sobre el uso de opioides en el tratamiento del dolor<sup>20,22</sup>. En un trabajo sobre la intensidad del dolor y la adecuación analgésica, hecho en Urgencias<sup>7</sup>, los autores calcularon el uso de analgésicos en las lesiones por accidentes de transporte y verificaron que, a pesar de ser lesiones graves, en un 36,9% de los casos los analgésicos dipirona y paracetamol fueron los únicos prescritos. La dipirona fue usada también en asociación, siendo el más prescrito (46,6%). Los opioides débiles fueron usados en un 6,2% de los casos, mientras que la morfina se usó en un 3,4% y la meperidina en un 10,4%.

Los resultados del presente estudio indicaron igualmente, una prescripción analgésica inadecuada y secundan las mismas formas de subutilización medicamentosa indicada en la literatura citada. La vía de administración más usada fue la endovenosa (75,6%) y el régimen de administración de horario fijo fue usado solamente para un 57,7% de los casos. El analgésico más usado fue la dipirona (76,1% de los casos). Los analgésicos en asociación fueron usados en un 50,7% de los casos de dolor, y la asociación más frecuente fue entre analgésicos comunes y opioides débiles (22,4%). A pesar de que el promedio de intensidad del dolor sea moderado para la mayoría de los pacientes y considerado insoportable en un 26,6% de los casos (10 puntos en la END), la prescripción de

opioides fuertes (morfina/meperidina) solo fue usada para el 4,4% de los casos y solo en Urgencias. La unidad Neurología/Ortopedia fue la única que administró predominantemente analgésicos en asociación y la combinación más común fue entre dipirona y opioides débiles.

También se observó el uso de la asociación entre dos opioides débiles (tramadol y codeína) y de ellos con morfina y para un 3,3% de los pacientes con dolor no había prescripción analgésica.

El uso de opioides en este estudio está a tono con los relatos del *International Narcotic Control Board* (INCB), de la Organización de las Naciones Unidas, que muestra las evidencias de que en Brasil, con el objetivo de alcanzar la analgesia, se ha venido produciendo la subutilización de la morfina en el tratamiento del dolor<sup>22</sup>, con dosis subterapéuticas y en régimen de horarios no estipulados.

El dolor es una experiencia común y clínicamente relevante en un contexto hospitalario, pero, pese a los avances en la comprensión de los mecanismos y en su tratamiento, las investigaciones han indicado que no se le ha reconocido y que no se le ha tratado de forma adecuada en los pacientes ingresados. En este estudio, vimos una prevalencia de un 31,8% de casos de dolor, detectados al momento de la entrevista, y 44,2% de ellos que consistían en un dolor intenso (promedio de 6,6 en la END). Los principales motivos de dolor fueron el traumatismo y el postoperatorio. Las regiones más comprometidas fueron el abdomen y los miembros inferiores. La mayor intensidad de dolor se dio en la unidad de Urgencias, local de mayor uso de asociación de analgésicos, incluso con el uso de opioides fuertes. Sin embargo, predominó el uso a criterio (si era necesario), y la medicación no fue administrada al momento de sentir el dolor. Constatamos que el dolor se evaluó muy poco, que fue subvalorado, con el uso incorrecto de analgésicos y con la subutilización de opioides. El mayor tiempo de duración del dolor antes del ingreso se correlacionó con un mayor tiempo necesario para obtener una mejoría o la ausencia de mejoría del dolor. Los pacientes más ancianos tuvieron un mayor tiempo de duración y conformación con el dolor. Como forma de mejorar el dolor, el uso de analgésicos al momento del quejido de dolor, de forma endovenosa, se correlacionó con una mayor rapidez en la mejoría.

La alta prevalencia de dolor y la ausencia de su monitoreo en las diferentes unidades de ingreso, refuerzan la importancia de la implementación de directrices para la administración del dolor intrahospitalario. Esa necesidad fue particularmente importante en las unidades relacionadas con los procedimientos quirúrgicos que, en este estudio, fueron el local de mayor prevalencia de dolor (47%).

El ingreso hospitalario representa una fase delicada para los pacientes y ese momento puede ser agravado por la vivencia innecesaria de dolor. Sensibilizar a los profesionales de la salud para la importancia que tiene el monitoreo del dolor durante el período de ingreso hospitalario, es de extrema importancia y en ese sentido, esperamos que las informaciones presentadas en este estudio, puedan aportar para una discusión más abarcadora sobre el tema.

## REFERENCIAS

1. von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A – An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, 1988;12:173-183.
2. Merskey NB – Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain. 2<sup>nd</sup> ed. Seattle: IASP Press, 1994, pp. 240.
3. International Association for Study of Pain (IASP) – Consensus development conference statement: the integrated approach to the management of pain. *J Accid Emerg Med*, 1994;6(3):291-292.
4. Prado WA – Neurofisiologia e neuroquímica da dor aguda e crônica. In: Camargo AF. *Dor: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Roca; 2001, pp. 1-5.
5. Moura H – Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Controle da Dor-Portugal (PNCDOR); 2008. Acessado em jan 2011. Disponível em: [<http://www.aped-or.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc335.pdf>].
6. Freitas CC, Vieira PR, Torres GB, Pereira CRA – Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Rev Dor*, 2009;10(1):56-62.
7. Calil AM, Pimenta CAM – Gravidade da lesão e analgesia em pacientes que sofreram acidente de transporte. *Acta Paul Enferm*, 2008;21(3):398-403.
8. Coker E, Papaioannou A, Turpie I et al. – Pain management practices with older adults on acute medical units. *Perspectives*, 2008;32(1):5-12.
9. Taylor EM, Boyer K, Campbell FA – Pain in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Res Manag*, 2008;13(1):25-32.
10. Calil AM, Pimenta CAM – Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. *Rev Esc Enferm USP*, 2005;39(3):325-332.
11. Calil AM, Pimenta CAM – Intensidade da dor e adequação de analgesia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2005;13(5):692-699.
12. Huskisson EC – Measurement of pain. *Lancet*, 1974;92(7889):1127-1131.
13. Organización Mundial de la Salud – Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra: OMS; 1990. (Serie de Informes Técnicos 804). Acessado em jan 2011. Disponível em: [<http://www.who.int/publications/9243544829>].
14. Soares JF, Siqueira AL – Introdução à estatística médica. Belo Horizonte: Coopmed, 2002, 2<sup>a</sup> ed., pp. 300.
15. Visentin M, Zanolin E, Trentin L, Sartori S, de Marco R – Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian Hospitals. *Eur J Pain*, 2005;9:61-67.
16. Sichetti D, Bandieri E, Romero M et al. – Impact of setting of care on pain management in patients with cancer: a multicentre cross-sectional study. *Annals Oncol*, 2010;21(10):2088-2093.
17. Melotti RM, Samolsky-Dekel BGS, Ricchi E et al. – Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital. *Eur J Pain*, 2005;9:485-495.
18. Couceiro TCM, Valença MM, Lima LC, Menezes TC, Raposo MCF – Prevalência e influência do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória. *Rev Bras Anesthesiol*, 2009;59(3):314-20.
19. Sommer M, Rijke JM, van Kleef M – The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *Eur J Anaesthesiol*, 2008;25:267-274.
20. Larue F – Oncologists and primary care physicians - Attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. *Cancer*, 1995;76(11):2375-2382.
21. Kipel AGB – Prevalência da dor: mitos, medos e desacertos relacionados ao uso de opiáceos. *Texto Contexto Enferm*, 2004;13(2):303-308.
22. International Narcotic Control Board – L'utilisation des stupéfiants essentiels pour traiter la douleur est insuffisante, en particulier dans les pays en développement. *Relatório Anual 2004*. Acessado em set 2010. Disponível em: [<http://www.incb.org>].