

Rev Soc Esp Dolor
2015; 22(6): 241-248

Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados

M.A. Erazo^{1,2}, L. Pérez¹, C.C. Colmenares^{3,4}, H. Álvarez¹, I. Suárez¹ y F. Mendivelso^{1,3}

¹Clínica Reina Sofía. Colombia. ²Universidad Rey Juan Carlos. Madrid, España. ³Universidad Nacional de Colombia. Colombia. ⁴Fundación Universitaria Sanitas Colombia. Colombia

Erazo MA, Pérez L, Colmenares CC, Álvarez H, Suárez I, Mendivelso F. Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev Soc Esp Dolor* 2015;22(6): 241-248.

ABSTRACT

Background: Pain is a public health problem that affects the quality of life of hospitalized patients, with prevalence between 30-70%. Therefore, it is relevant to determine the prevalence, intensity and pain interference in hospitalized patients at the Clínica Reina Sofía in Bogotá.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was carried out, 360 patients > 18 years were included, with hospitalization greater than 24 hours. The instrument BPI-sf was applied, the analgesic treatment at the time of the survey was recorded. Patients in obstetric services, intensive care and those with inability to communicate were excluded. Additionally, we used the term "great interference" to activities scored with value ≥ 8 . The study was approved by the ethics committee of the institution.

Results: The prevalence of pain was 67.5%. The mean current pain intensity was 3.4 (± 2.7) and mean interference was 4.7 (± 3.8). No statistically significant differences by gender or type of service in pain intensity and interference were found. Assessing the relationship with intensity, walk was positively correlated with current pain ($\rho: 0.35$ $p = < 0,001$). The multimodal analgesia was the method most commonly used, however 23.0% of patients with pain did not received analgesics.

Discussion: Because the prevalence of pain is high, it is important to strengthen strategies to identify and treat pain promptly, based on education of paramedical personnel in the

active search for patients with pain and identify pain as a fifth vital sign.

Key words: Pain. Prevalence. Quality of life. Pain perception. Pain interference.

RESUMEN

Introducción: el dolor es un problema de salud pública que afecta la calidad de vida en los pacientes que se encuentran hospitalizados. Se han reportado prevalencias de dolor entre el 30-70% en este tipo de pacientes. Por tanto, es importante determinar la prevalencia, intensidad e interferencia del dolor en los pacientes hospitalizados en la Clínica Reina Sofía de Bogotá, para hacer un adecuado diagnóstico del problema y poder establecer las mejores estrategias para disminuir su carga en este tipo de pacientes.

Metodología: estudio descriptivo de corte transversal, durante el segundo semestre de 2.013 se incluyeron 360 pacientes mayores de 18 años, con una hospitalización mayor 24 a horas. Previa firma del consentimiento informado, se aplicó la versión en español de la herramienta Brief Pain Inventory (BPI-sf) y se registró el tratamiento analgésico utilizado en el momento de la encuesta. Se excluyeron pacientes de servicios de obstetricia, cuidados intensivos y con dificultades para la comunicación. Adicionalmente, para el análisis se definió "gran interferencia" para actividades puntuadas con un valor ≥ 8 en la escala numérica. Para establecer diferencias entre los grupos de interés se utilizó la prueba t-student y χ^2 para variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Para evaluar la correlación entre la intensidad e interferencia del dolor, se utilizó el Coeficiente de correlación de Pearson (ρ). Se determinaron como significativas las diferencias < 0.05 , con pruebas de hipótesis a dos colas. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución.

Resultados: la prevalencia del dolor fue de 67,5%. El promedio de intensidad del "dolor actual" fue 3,4 ($\pm 2,7$), el promedio de la interferencia fue 4,7 ($\pm 3,8$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por género, ni por tipo de servicio en intensidad e interferencia del dolor.

Al evaluar la relación entre interferencia e intensidad, caminar presentó una correlación positiva con el dolor actual ($p = 0,35$, $p = < 0,001$). La analgesia multimodal fue el tratamiento más utilizado, sin embargo el 23.0% de los pacientes que referían dolor no recibían analgésicos.

Discusión: debido a que la prevalencia del dolor es alta, es importante reforzar estrategias encaminadas a identificar y tratar el dolor oportunamente, basadas en la educación del personal paramédico, en la búsqueda activa de pacientes con dolor y en medir el dolor como quinto signo vital.

Palabras clave: Dolor. Prevalencia. Calidad de vida. Percepción del dolor. Interferencia del dolor.

INTRODUCCIÓN

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. El inadecuado tratamiento del dolor tiene grandes repercusiones en la calidad de vida del paciente y sus familiares, al igual que a nivel social y económico. En los países industrializados del 15 al 20 % de la población sufre dolor agudo y del 25 al 30% presentan dolor crónico (1). En Colombia, la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED), ha realizado ocho encuestas entre 2.000 y 2.014 denominadas Estudio Nacional de Dolor (2,3), en las que se ha estimado la prevalencia del mismo. En el último estudio, se concluyó que la prevalencia del dolor en los últimos seis meses fue 76%, y de dolor crónico 46%. Lo anterior evidencia que el dolor en Colombia es un problema de Salud Pública y los esfuerzos para su adecuado manejo deben ser parte de las políticas de la Nación. En el 2011, con el apoyo de la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT) y la ACED, la Secretaría Distrital de Salud formuló la política "Bogotá sin dolor" (4), la cual pretende garantizar la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación oportuna de quienes tienen dolor.

En pacientes hospitalizados estudios a nivel mundial han registrado prevalencia de dolor moderado a severo, entre un 30 a 70% (5-7). Como consecuencia del inadecuado control del dolor durante la hospitalización se presentan alteraciones a nivel fisiológico, que incrementan la morbilidad, el tiempo de recuperación y la estancia hospitalaria, especialmente en quienes están en período posquirúrgico (8). A nivel psicológico, el dolor aumenta la posibilidad de depresión y ansiedad durante la hospitalización lo que puede afectar negativamente la calidad de vida (9-11). Desde el punto de vista económico esto se puede traducir en mayores costos al sistema sanitario por estancias de mayor duración y atención adicional (12). Por lo tanto, el correcto manejo del dolor a nivel hospitalario debe ser un pilar

fundamental en la atención de los pacientes encaminado a disminuir la intensidad y mejorar el tratamiento.

La Clínica Reina Sofía, es una institución prestadora de servicios de salud localizada en Bogotá Colombia, acreditada por el Icontec, que está comprometida con la excelencia en la gestión clínica, la seguridad del paciente y la humanización de la atención; en este contexto el adecuado manejo del dolor y la eliminación del sufrimiento innecesario de quienes tienen dolor hace parte de la política de calidad y humanización de la atención. Con base en estos antecedentes, el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia, caracterización e interferencia del dolor y establecer la relación entre el esquema analgésico utilizado y la intensidad del dolor al momento de la encuesta en pacientes hospitalizados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Los pacientes seleccionados fueron captados en el segundo semestre del año 2013, durante su hospitalización en la Clínica Reina Sofía de Bogotá, donde se prestan servicios altamente especializados de salud. Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años, con una estancia hospitalaria superior a 24 horas, que aceptaron voluntariamente diligenciar la encuesta. Se excluyeron aquellos pacientes con déficit neurológico, pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, pacientes obstétricas y aquellos con dificultades para la comunicación. Previa firma del consentimiento informado, el equipo de investigación acompañó el diligenciamiento de la encuesta, explicó el instrumento de medición, resolvió dudas y tomó datos adicionales de cada paciente tales como edad, escolaridad, diagnóstico, procedimiento quirúrgico realizado, analgésicos administrados y ordenados.

Las especialidades de la institución se unificaron en *quirúrgicas* (incluyendo cirugía general, urología, ginecología, traumatología y ortopedia) y *no quirúrgicas* (Medicina Interna, Neurología, Neumología, Oncología, Hematología, Reumatología, Cuidados Paliativos).

Para la evaluación del tratamiento analgésico se consultó en el historial clínico información relacionada con el tipo y frecuencia de administración de analgésicos; para fines de análisis en este estudio se agruparon los pacientes de acuerdo a los analgésicos que recibían, los grupos definidos incluyeron opioides, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), coadyuvantes, analgésicos/antipiréticos, combinaciones analgésicas y técnicas analgésicas. Con particular atención en la analgesia multimodal o analgesia equilibrada; en la cual se utilizan técnicas y medicamentos analgésicos de diferentes grupos con el objetivo de lograr

el adecuado control del dolor mediante la sumatoria de sus efectos (13-16).

Instrumento de medición

A todos los pacientes se les aplicó la versión en español de la forma corta del Brief Pain Inventory (BPI-sf) por ser de fácil comprensión y auto-administrable. Este cuestionario fue desarrollado para evaluar la intensidad y la percepción del dolor de los pacientes, la forma en que este afecta la vida (interferencia) y la efectividad del tratamiento analgésico (17,18). Evalúa dos dimensiones del dolor: dimensión sensorial con 4 ítems para valorar intensidad del dolor (en cuatro momentos “dolor actual”, “peor dolor”, “dolor promedio” y “dolor mínimo”) y dimensión reactiva con 7 ítems para valorar interferencia en las actividades diarias. Estos ítems son calificados en una escala de 0 a 10, donde 0 significa no dolor/no interferencia y 10 la máxima intensidad/interferencia. Adicionalmente, contiene una pregunta acerca del porcentaje de alivio de dolor con el tratamiento (0-100) (19).

La interferencia del dolor se presenta como un promedio de los valores de calificación de siete actividades que se agrupan en relacionadas con la afectividad (estado de ánimo, relaciones con los demás y capacidad de diversión) y con la actividad motora (actividad general, capacidad de caminar y trabajo normal), la séptima actividad es el sueño, sin embargo no se clasifica en ninguno de estos grupos; se considera que hay interferencia cuando se califican cuatro de las siete actividades (19). En diferentes estudios se ha concluido que la interferencia es mayor cuando la intensidad del dolor es más alta (20).

En este estudio incluimos el término “gran interferencia” para aquellos casos en los que se dio un puntaje mayor o igual a ocho en cualquiera de las siete actividades evaluadas.

Análisis estadístico

Teniendo en cuenta los egresos hospitalarios en la institución, un desenlace esperado del 55% y una precisión del 5%, se estimó una muestra de 360 pacientes a incluir en el presente estudio.

Las variables cuantitativas se reportaron como promedios con su Desviación Estándar (D. E.) y las cualitativas como frecuencias y porcentajes. Las diferencias entre los grupos (edad, género, servicio, presencia de dolor actual, dolor promedio) fueron determinadas mediante la prueba t-student y χ^2 para variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Para evaluar la correlación entre la intensidad e interferencia del dolor, se utilizó el Coeficiente de correlación de Pearson (ρ). Se determinaron como significativas las diferencias < 0.05 , con pruebas de hipótesis a

dos colas. El análisis de los datos fue realizado en Stata® v. 13.0. Este estudio fue avalado por el comité de ética de la Clínica Reina Sofía.

RESULTADOS

Características demográficas y clínicas de los pacientes

Un total de 360 pacientes fueron encuestados. Las características de los participantes se describen en la tabla I. El promedio de edad en toda la población fue de 59.7 años (± 17.9), hubo mayor participación de mujeres, no se encontraron diferencias significativas por género ($p = 0.22$). Se destacó el alto nivel de escolaridad.

El 57.2% de los pacientes estaban a cargo de una especialidad quirúrgica y de acuerdo al esquema corporal utilizado en el BPI-sf para localizar el dolor, el abdomen fue el sitio corporal con mayor frecuencia en toda la población (28.3%). En la figura 1, se presenta la distribución anatómica del dolor según los servicios médicos. Las regiones sacra y glútea fueron los sitios anatómicos con menor reporte de dolor (información no esquematizada).

Prevalencia, intensidad e interferencia del dolor

La prevalencia general de dolor fue de 67.5%.

De acuerdo a la intensidad reportada en “dolor actual”, el 48.8% de los pacientes presentaba dolor leve, el

TABLA I. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

<i>Variables</i>	<i>n (%)</i>
<i>Sexo</i>	
Mujeres	228 (63,3)
Hombres	132 (36,7)
<i>Escolaridad</i>	
Universitario	220 (61,1)
Secundaria	76 (21,1)
Primaria	29 (8,1)
Técnico	24 (6,7)
Sin información	11 (3,1)
<i>Edad</i>	
Mujeres	61,2 ($\pm 17,3$)*
Hombres	58,9 ($\pm 18,3$)*

*Promedio (DE).

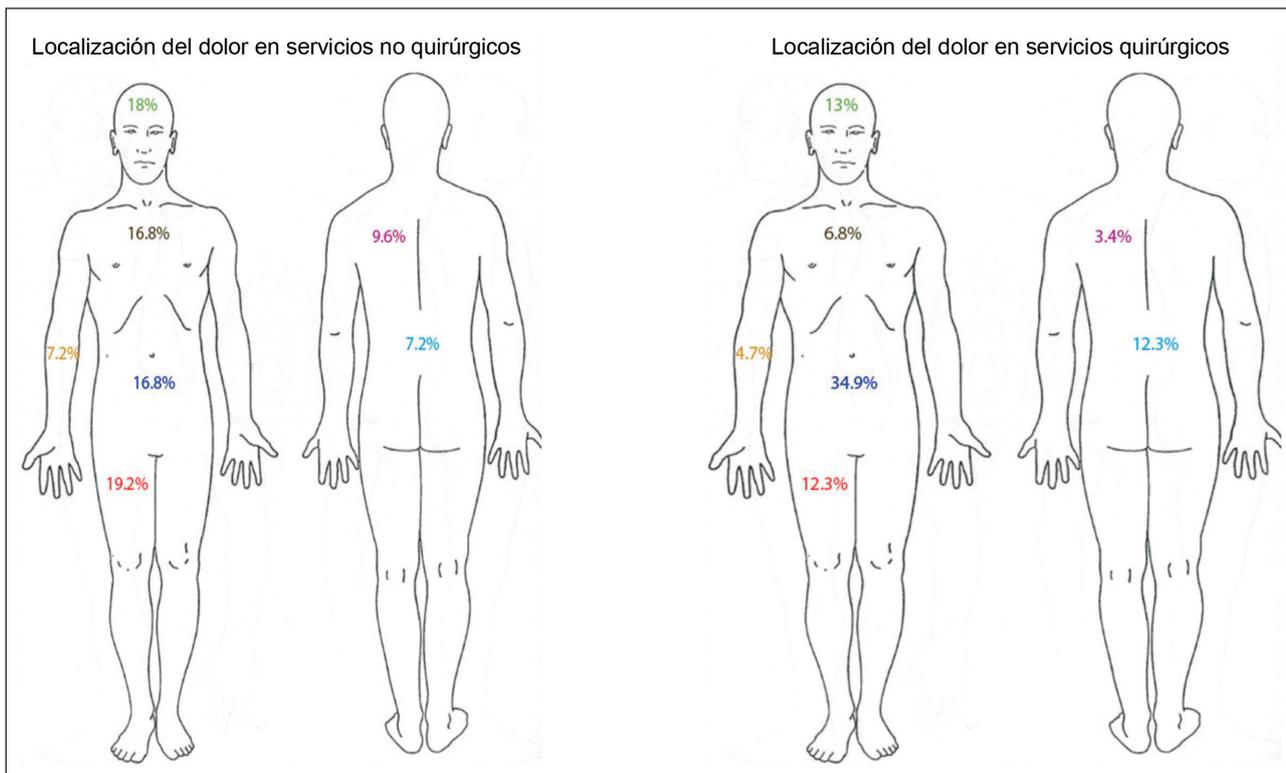


Fig. 1. Distribución anatómica del dolor por tipo de servicio.

36.6% moderado y el 14.5% severo. La intensidad del dolor en las últimas 24 horas se reporta en la figura 2. El promedio de la intensidad del “peor dolor” fue severa. El promedio de las puntuaciones del “dolor actual” y el “dolor mínimo” fueron similares, correspondiendo a dolor leve en ambos casos.

Con respecto a la interferencia del dolor, el promedio general fue de 4.7 ($\pm 3,8$), afectando principalmente la actividad general, el sueño y el estado de ánimo (Fig. 3). El 65% de los pacientes reportó gran interferencia en al

menos una actividad encuestada, siendo la más afectada la actividad general (28,0%). El 16,1% de los pacientes reportaron gran interferencia en todas las actividades evaluadas.

La información con relación a intensidad e interferencia del dolor por género en los pacientes que respondieron afirmativamente a la primera pregunta del BPI-sf, se encuentra descrita en la tabla II. De manera general, las mujeres presentaron mayor puntuación al calificar la intensidad del dolor, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por género. Con respecto a la interferencia, las mujeres presentaron mayor promedio

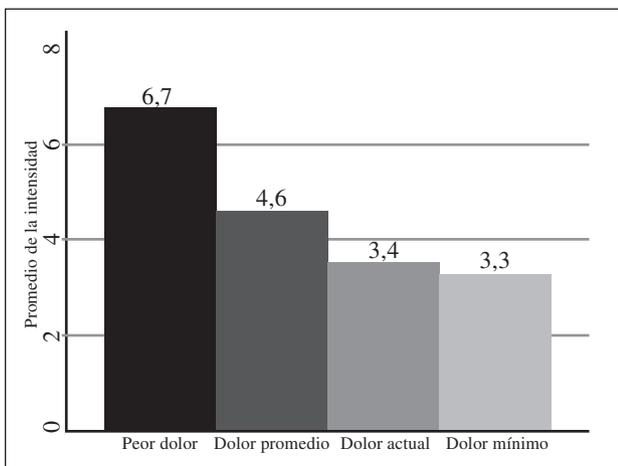


Fig. 2. Intensidad del dolor en las últimas 24 horas.

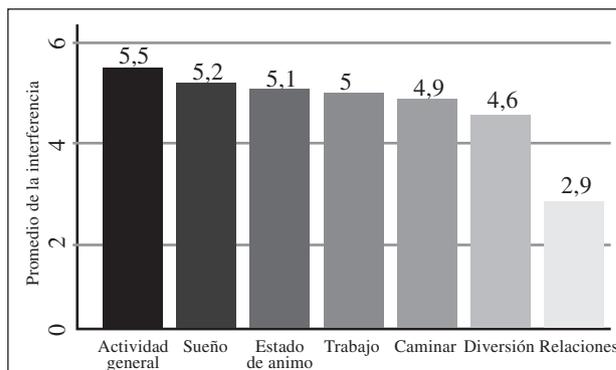


Fig. 3. Interferencia del dolor en las actividades diarias.

TABLA II. RESULTADOS DE APLICACIÓN DEL FORMULARIO BRIEF PAIN INVENTORY VERSIÓN CORTA (BPI-SF) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

<i>Variable</i>	<i>Mujeres</i> <i>n (%)</i>	<i>Hombres</i> <i>n (%)</i>	<i>p</i>
<i>Dolor actualmente</i>			
Sí	162 (66,5)	81 (33,4)	0,06
No	66 (56,4)	51 (43,5)	
Máximo dolor últimas 24 horas**	6,8 (±2,3)*	6,4 (±2,6)*	0,23
Mínimo dolor últimas 24 horas**	3,4 (±2,0)*	3,0 (±1,9)*	0,09
Dolor promedio últimas 24 horas**	4,7 (±2,1)*	4,3 (±2,0)*	0,18
Intensidad promedio dolor actual**	3,7 (±2,8)*	3,0 (±2,6)*	0,10
<i>Esquema de tratamiento</i>			
Unimodal	58 (25,4)	33 (25,0)	0,97
Multimodal	110 (48,2)	65 (49,2)	
Ninguno	60 (26,3)	34 (25,7)	
Porcentaje de alivio últimas 24 horas**	41%	47%	0,21
Interfiere actividad general**	5,6 (±3,8)*	5,3 (±3,9)*	0,67
Interfiere estado de ánimo**	5,0 (±3,4)*	5,2 (±3,3)*	0,69
Interfiere capacidad de caminar**	5,1 (±3,8)*	4,8(±3,7)*	0,55
Interfiere con trabajo normal**	5,1 (±4,0)*	4,8 (±3,9)*	0,58
Interfiere relaciones otras personas**	2,9 (±3,6)*	3,1 (±3,4)*	0,63
Interfiere en sueño**	5,4 (±3,7)*	5,0 (±3,7)*	0,42
Interfiere en diversión**	4,9 (±4,1)*	4,3 (±4,0)*	0,29

*Promedio (DE). Para las variables cuantitativas se calculó la diferencia por género con la prueba t student. Para las cualitativas con χ^2 .

** La intensidad e interferencia están calculadas sobre 243 (67,5%) que representa a los pacientes que respondieron afirmativamente la pregunta número 1 del BPI.

en la actividad general y el sueño y los hombres en la actividad general y el estado de ánimo.

En la tabla III se presenta la información de intensidad e interferencia por servicio. El 57,2% de los pacientes incluidos en el estudio estaban a cargo de un servicio quirúrgico y de éstos, el 63,3% presentó dolor al momento de la encuesta. Los promedios de intensidad e interferencia son similares entre los servicios y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos.

Al evaluar la relación entre la intensidad y la interferencia, se encontró una correlación positiva, especialmente entre dolor actual y caminar (ρ : 0,35 p = < 0,001) y dolor actual y actividad general (ρ : 0,33 p = < 0,001). Seguido por peor dolor y estado de ánimo y diversión (ρ : 0,32 p = < 0,001) y peor dolor y actividad general (ρ : 0,31 p = < 0,001).

Tratamiento del dolor

El 26.1% de todos los pacientes que participaron en el estudio no se encontraba recibiendo ningún tipo de tratamiento analgésico según la información de la historia clínica. De los pacientes que reportaron dolor al momento de la encuesta, el 23.0% no recibían manejo analgésico.

Los pacientes que tenían dolor al momento de la encuesta y se encontraban recibiendo tratamiento percibían que el mismo aliviaba su dolor en un 43,0%. La analgesia multimodal fue la más utilizada (48,6%), siendo las combinaciones con opioides (28,0%) y los analgésicos/antipiréticos (18,6%) los medicamentos más empleados. En el 7,7% de los casos, se utilizó algún tipo de técnica analgésica, siendo la morfina espinal la más utilizada (99,1%). En el 49,9% de los pacientes con intensidad de dolor actual \geq 6/10 se utilizó analgesia multimodal.

TABLA III. RESULTADOS DE APLICACIÓN DEL FORMULARIO BRIEF PAIN INVENTORY VERSIÓN CORTA (BPI-SF) POR TIPO DE SERVICIO

<i>Variable</i>	<i>No quirúrgico</i> <i>n (%)</i>	<i>Quirúrgico</i> <i>n (%)</i>	<i>p</i>
<i>Dolor actualmente</i>			
Sí	89 (36,3)	154 (63,3)	0,001
No	65 (55,5)	52 (44,4)	
Máximo dolor últimas 24 horas**	6,7 (±2,4)*	6,7 (±2,4)*	0,97
Mínimo dolor últimas 24 horas**	3,6 (±2,2)*	3,1 (±1,9)*	0,08
Dolor promedio últimas 24 horas**	4,8 (±2,3)*	4,5 (±2,0)*	0,28
Intensidad promedio dolor actual**	3,5 (±2,8)*	3,4 (±2,7)*	0,88
<i>Esquema de tratamiento</i>			
Unimodal	36 (23,3)	55 (26,7)	0,59
Multimodal	74 (48,0)	101 (49,0)	
Ninguno	44 (28,5)	50 (24,2)	
Porcentaje de alivio últimas 24 horas**	41%	48%	0,16
Interfiere actividad general**	5,6 (±3,8)*	5,4 (±3,9)*	0,73
Interfiere estado de ánimo**	5,6 (±3,1)*	4,8 (±3,5)*	0,08
Interfiere capacidad de caminar**	4,7 (±3,8)*	5,1 (±3,8)*	0,47
Interfiere con trabajo normal**	5,5 (±4,0)*	4,7 (±4,0)*	0,14
Interfiere relaciones otras personas**	3,0 (±3,4)*	2,9 (±3,6)*	0,15
Interfiere en sueño**	5,3 (±3,7)*	5,2 (±3,7)*	0,83
Interfiere en diversión**	4,8 (±4,0)*	4,5 (±4,0)*	0,60

*Promedio (DE). Para las variables cuantitativas se calculó la diferencia por género con la prueba t student. Para las cualitativas con χ^2 .

** La intensidad e interferencia están calculadas sobre 243 (67,5%) que representa a los pacientes que respondieron afirmativamente la pregunta número 1 del BPI.

DISCUSIÓN

La prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados en nuestra institución fue similar a la reportada en otros estudios a nivel mundial (5,6,21-24). En pacientes de servicios quirúrgicos se corresponde con la reportada en un estudio realizado en la ciudad de Medellín, que encontró una tasa de prevalencia de dolor postoperatorio moderado de 31,3%; lo que sugiere que se debe prestar especial atención a aquellos pacientes en los que no se utilizó intervencionismo analgésico durante el procedimiento quirúrgico para optimizar el manejo analgésico farmacológico durante la estancia hospitalaria (25).

La intensidad de dolor encontrada también se relaciona con la reportada en otros estudios; la disminución en la intensidad de dolor evidenciada al comparar el peor dolor en las últimas 24 horas y el dolor al momento de la encuesta (dolor actual) sugiere que el tratamiento analgésico

empleado fue adecuado, esto de acuerdo a lo considerado por la FDA de la medición del “peor dolor en las últimas 24 horas” como un parámetro de evaluación de la efectividad del tratamiento analgésico (26). Sin embargo, es preocupante la intensidad del peor dolor en las últimas 24 horas (moderado) porque esta puede contribuir a aumentar la estancia hospitalaria por la necesidad de un mayor tiempo de tratamiento para controlar el dolor y disminuye la percepción de alivio con el tratamiento brindado. De igual forma, este puede ser un indicativo de que la administración de analgésicos no se hace de manera regular lo que lleva a que los pacientes presenten picos de aumento de intensidad de dolor. De aquí surge una gran oportunidad de mejora orientada a reforzar en los médicos y enfermeras de diferentes especialidades la necesidad de ordenar y administrar analgésicos de forma horaria y no de acuerdo a la intensidad de dolor que presenta el paciente.

La interferencia del dolor interpretada como la afección del dolor en la vida cotidiana, se ha constituido en un elemento para medir la calidad de vida de los pacientes, y como instrumento para hacer seguimiento al manejo analgésico recibido (27,28). En el análisis descriptivo la actividad general era la que tenía mayor promedio de interferencia en las actividades evaluadas, situación que es de esperarse en pacientes hospitalizados por las limitaciones propias del ambiente hospitalario. Respecto a la interferencia entre sueño y dolor, existen estudios en personas sanas y con dolor crónico que plantean que estos son recíprocos, por lo que una persona que no duerma suficiente en la noche estará más sensible al dolor al siguiente día, por lo que el adecuado tratamiento del dolor en pacientes hospitalizados también mejorará el patrón de sueño y por ende aunque de forma indirecta la calidad de vida (29,30). De acuerdo a los resultados obtenidos para estudios posteriores en pacientes hospitalizados debido a que el estar internado en una institución de salud limita algunas actividades, no se considerará en la evaluación de interferencia de dolor el trabajo como lo ha hecho Wells en su investigación (20).

El hallazgo al evaluar la correlación entre interferencia e intensidad de dolor que se enmarca en dos momentos, muestra que el dolor actual afecta las actividades motoras, y que el peor dolor interfiere en la dimensión afectiva; lo que nos lleva a interpretar que aún en pacientes con dolor agudo existe una relación entre el dolor y los síntomas depresivos, esta relación ha sido comprobada en pacientes con dolor crónico en múltiples estudios (31,32). Por lo tanto sería interesante en estudios posterior evaluar en forma detallada esta relación con el objetivo de actuar de manera preventiva para disminuir los síntomas depresivos asociados al dolor.

Llama la atención el volumen de pacientes que reportaron dolor en el momento de la encuesta pero no se encontraban recibiendo ningún tipo de analgesia, probablemente este grupo de pacientes requiere búsqueda activa orientada a la identificación y adecuado tratamiento del dolor, al igual que reforzar la educación a nuestro personal asistencial para evaluar el Dolor como Quinto Signo Vital de manera regular (33-35).

Reconocemos algunas limitaciones relacionadas con el diseño de la investigación. Al ser un estudio de corte transversal no es posible establecer la direccionalidad de las asociaciones entre el efecto de la analgesia y la intensidad del dolor. Así mismo, al tratarse de un estudio de participación voluntaria desconocemos las características de los pacientes que no aceptaron participar y que pudieron aportar información relevante; sin embargo se hizo búsqueda activa de los pacientes para obtener la mayor representatividad de acuerdo al tamaño de la muestra establecida. Probablemente estudios de cohortes estarían indicados durante la hospitalización de los pacientes para establecer el efecto de la analgesia en la intensidad e interferencia del dolor.

Dado que en el país y en la institución no se cuentan con estudios que reporten datos del efecto del dolor en los pacientes hospitalizados, estos resultados permiten hacer un diagnóstico inicial acerca del problema con el objetivo de identificar e implementar estrategias encaminadas a mejorar el control del dolor en los pacientes que ingresan a la institución y a reforzar el proceso educativo continuo con el personal médico asistencial, porque a pesar de contar con guías y protocolos orientados a evaluar y tratar adecuadamente el dolor, la prevalencia aún es alta.

CONCLUSIONES

El inadecuado manejo de dolor al igual que la falta de valoración del dolor en los pacientes hospitalizados continúa siendo un problema en la Clínica Reina Sofía, dada su repercusión en la recuperación del paciente y las consecuencias en el bienestar general y la calidad de vida, es necesario trabajar en campañas de sensibilización de dolor en las que se haga énfasis en el abordaje integral del paciente para suplir necesidades a nivel físico y emocional y de esta forma mejorar control del dolor y sus consecuencias.

CORRESPONDENCIA:

Marcela Erazo Muñoz
Clínica Reina Sofía
Bogotá D.C, Colombia
e-mail: maerazo@colsanitas.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Loeser JD, Bonica JJ. Bonica's management of pain: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
2. ACED ACpeEdD. Estudio del Dolor. Encuesta Nacional del dolor 2012 [cited 2014 10/10/2014]. Available from: <http://www.dolor.org.co/encuesta/7ma> Encuesta Nacional de Dolor.pdf.
3. Asociación Colombia para el Estudio del Dolor A. Encuesta Nacional de Dolor 2012 [cited 2014]. Available from: <http://www.dolor.org.co/encuestas.htm>.
4. SDS SdS. Política "Bogotá Sin dolor" 2011.
5. Sawyer J, Haslam L, Daines P, Stilos K. Pain prevalence study in a large Canadian teaching hospital. Round 2: lessons learned? *Pain Management Nursing*. 2010;11(1):45-55.
6. Sawyer J, Haslam L, Robinson S, Daines P, Stilos K. Pain prevalence study in a large Canadian teaching hospital. *Pain Management Nursing*. 2008;9(3):104-12.
7. Fabbian FA-O, De Giorgi A, Pala M, Mallozzi Menegatti A, Gallerani M, Manfredini RA-O. Pain prevalence and management in an internal medicine setting in Italy. (2090-1542 (Print)).
8. Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000;7:465-76.

9. Linde JMM, Rodríguez AFU, Rodríguez JF. Dolor, calidad de vida y estado anímico, relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. *Pensamiento Psicológico*. 2013;11(1).
10. Molina Linde JM, Figueroa Rodríguez J, Uribe Rodríguez AF. El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*. 2012;12(1):55-62.
11. Gallego JI, Rodríguez MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:197-202.
12. Ready LB, Edwards WT, Benedetti C. *Management of acute pain: a practical guide*: IASP Publications Seattle; 1992.
13. Kehlet H, Dahl JB. The value of "multimodal" or "balanced analgesia" in postoperative pain treatment. *Anesthesia and analgesia*. 1993;77(5):1048-56.
14. Kehlet H, Werner M, Perkins F. Balanced analgesia: what is it and what are its advantages in postoperative pain? *Drugs*. 1999;58(5):793-7.
15. Mugabure Bujedo B, Tranque Bizueta I, Gonzalez Santos S, Adrian Garde R. Multimodal approaches to postoperative pain management and convalescence. *Revista española de anestesiología y reanimación*. 2007;54(1):29-40.
16. Argoff CE, Albrecht P, Irving G, Rice F. Multimodal analgesia for chronic pain: rationale and future directions. *Pain medicine (Malden, Mass)*. 2009;10 Suppl 2:S53-66.
17. Furler L. Validity and reliability of the pain questionnaire "Brief Pain Inventory". A literature research. *Pflege Zeitschrift*. 2013;66(9):546-50.
18. Andrés Ares J, Cruces Prado LM, Canos Verdecho MA, Penide Villanueva L, Valle Hoyos M, Herdman M, et al. Validation of the Short Form of the Brief Pain Inventory (BPI-SF) in Spanish Patients with Non-Cancer-Related Pain. *Pain Practice*. 2014.
19. Cleeland C. *The brief pain inventory user guide*. Houston, TX: The University of Texas MD Anderson Cancer Center. 2009.
20. Wells N. Pain intensity and pain interference in hospitalized patients with cancer. *Oncology nursing forum*. 2000;27(6):985-91.
21. Dix P, Sandhar B, Murdoch J, MacIntyre PA. Pain on medical wards in a district general hospital. *Br J Anaesth*. 2004;92(2):235-7.
22. Portenoy RK, Bennett DS, Rauck R, Simon S, Taylor D, Brennan M, et al. Prevalence and characteristics of breakthrough pain in opioid-treated patients with chronic noncancer pain. *The Journal of Pain*. 2006;7(8):583-91.
23. Salomon L, Tchery-Lessenot S, Collin E, Coutaux A, Levy-Soussan M, Legeron M-C, et al. Pain prevalence in a French teaching hospital. *Journal of pain and symptom management*. 2002;24(6):586-92.
24. Strohbuecker B, Mayer, H., Evers, G., Sabatowski, R. Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2005;29(5):498 - 506.
25. Cadavid Puentes AM, Mendoza Villa JM, Gómez Úsuga ND, Berrío Valencia MI. Prevalencia de dolor agudo posoperatorio y calidad de la recuperación en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia, 2007. *Iatreia*. 2012;22(1):Pág. 11-5.
26. Atkinson TM, Mendoza TR, Sit L, Passik S, Scher HI, Cleeland C, et al. The Brief Pain Inventory and its "pain at its worst in the last 24 hours" item: clinical trial endpoint considerations. *Pain medicine (Malden, Mass)*. 2010;11(3):337-46.
27. Barry DT, Pilver CE, Hoff RA, Potenza MN. Pain interference and incident mood, anxiety, and substance-use disorders: findings from a representative sample of men and women in the general population. *Journal of psychiatric research*. 2013;47(11):1658-64.
28. Broderick JE, Schneider S, Schwartz JE, Stone AA. Interference with activities due to pain and fatigue: accuracy of ratings across different reporting periods. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2010;19(8):1163-70.
29. Smith MT, Edwards RR, McCann UD, Haythornthwaite JA. The effects of sleep deprivation on pain inhibition and spontaneous pain in women. *Sleep*. 2007;30(4):494-505.
30. Zoega S, Sveinsdottir H, Sigurdsson GH, Aspelund T, Ward SE, Gunnarsdottir S. Quality Pain Management in the Hospital Setting from the Patient's Perspective. *Pain practice: the official journal of World Institute of Pain*. 2014.
31. Gorczyca R, Filip R, Walczak E. Psychological aspects of pain. *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*. 2013;Spec no. 1:23-7.
32. Radat F, Koleck M. [Pain and depression: cognitive and behavioural mediators of a frequent association]. *L'Encephale*. 2011;37(3):172-9.
33. Lima EN. Chronic pain and mental health: moving beyond the conceptualization of pain as the fifth vital sign. *North Carolina medical journal*. 2013;74(3):229-31.
34. Morone NE, Weiner DK. Pain as the fifth vital sign: exposing the vital need for pain education. *Clinical therapeutics*. 2013;35(11):1728-32.
35. Purser L, Warfield K, Richardson C. Making pain visible: an audit and review of documentation to improve the use of pain assessment by implementing pain as the fifth vital sign. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*. 2014;15(1):137-42.