

Factores sociodemográficos y de salud asociados al dolor crónico en ancianos institucionalizados

Maria Helena Barbosa¹
Alison Fernandes Bolina²
Jordânia Lumênia Tavares²
Aldenora Laísa Paiva de Carvalho Cordeiro²
Raíssa Bianca Luiz²
Karoline Faria de Oliveira³

Objetivos: caracterizar el dolor crónico en ancianos institucionalizados y verificar los factores asociados. **Método:** estudio observacional, transversal, no experimental, aproximación cuantitativa. Participaron del estudio 124 ancianos residentes en las Instituciones de Larga Permanencia para Ancianos (ILPAs) de un municipio de Minas Gerais (Brasil). Proyecto aprobado por el Comité de Ética e Investigación. Fueron evaluadas variables clínicas y sociodemográficas de los ancianos y aspectos relacionados al dolor. Los datos fueron analizados según estadística descriptiva y análisis bivariado (ji-cuadrado). **Resultados:** fue observada prevalencia de 58,1% de dolor crónica; durante más de 10 años (26,4%); en miembros inferiores (31,9%); del tipo "punzada" (33,3%); 33,3% adoptaba tratamiento medicamentoso; sin factor de mejora (41,7 %); o empeoramiento del dolor (34,7%). Fue evidenciado que ancianos con 60 | 70 años tuvieron 70% menos chances de presentar dolor crónico con relación a aquellos de 80 años y más ($p=0,018$). **Conclusión:** ancianos institucionalizados tenían prevalencia alta de dolor crónico, principalmente en miembros inferiores, no fue identificado el factor de mejora o empeoramiento del dolor y el tratamiento medicamentoso fue evidenciado como preferencia. La edad se mostró factor asociado a la presencia de dolor. Es considerado importante que acciones multiprofesionales sean llevadas a cabo en las ILPAs para dirigir acciones de prevención y rehabilitación de los episodios de dolor en esos ancianos.

Descriptorios: Anciano; Dolor Crónico; Envejecimiento; Enfermería; Manejo del Dolor.

¹ PhD, Profesor Adjunto, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

² Estudiantes de maestría, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

³ Estudiante de doctorado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

Introducción

El envejecimiento poblacional y el crecimiento de la expectativa de vida han aumentado las inversiones y las investigaciones en salud orientadas a este rango de edad, en Brasil y en el mundo. Estimativas del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS) demuestran que el estado de Minas Gerais tiene 11,77% de su población constituida de ancianos. También de acuerdo con esos datos del DATASUS, en el municipio de Uberaba (Minas Gerais - Brasil), local de la presente investigación, ese porcentaje es superior (12,6%); indicando la necesidad de investigaciones en aquella ciudad para conocer las necesidades de salud de esos individuos⁽¹⁾.

El fenómeno mundial del envejecimiento poblacional ha acarreado un aumento de la demanda por Instituciones de Larga Permanencia para Ancianos (ILPAs). La institucionalización del anciano generalmente ocurre en situaciones en que ese sujeto se vuelve dependiente y surge la necesidad de ser ayudado por familia y/o terceros, que ni siempre tienen recursos estructurales y socioeconómicos para asistirlo de la mejor manera⁽²⁾.

Investigaciones desarrolladas en ILPAs han observado una alta incidencia de morbilidades crónicas y degenerativas entre ancianos, la mayor parte de las cuales relacionada a relatos de dolor crónico⁽³⁻⁵⁾.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor⁽⁶⁾, el dolor crónico puede ser definida como una experiencia sensorial y emocional desagradable y causada por injuria real o potencial de un tejido. Comúnmente asociado a procesos patológicos crónicos, puede ser continuo o recurrente, de intensidad leve a intensa y durar más de seis meses⁽⁷⁾.

Se destaca que el dolor crónico tiene múltiples causas y puede ser relacionada a varios factores⁽⁸⁾. Una investigación con ancianos institucionalizados en Bahía no evidenció asociación de la presencia de dolor crónico con el sexo ($p=1,0$) y el rango de edad ($p=0,59$)⁽⁵⁾. Sin embargo, una investigación con ancianos en São Paulo constató que el dolor crónico estuvo asociado a la movilidad física alterada ($p<0,001$) y a la incapacidad funcional para las actividades básicas ($p<0,001$) e instrumentales de vida diaria ($p<0,001$)⁽⁹⁾. Sin embargo, esta investigación, que fue desarrollada con la población de la comunidad, ratificó la falta de publicaciones científicas respecto a ese tema, especialmente entre los ancianos residentes en ILPAs.

Así, por considerar que la prevalencia de dolor

crónica entre los ancianos institucionalizados (45 a 80%) es superior a los residentes en la comunidad (20 a 50%)⁽¹⁰⁾; es necesario conocer las características y los factores asociados al dolor crónico en esa población para que el enfermero, durante la actuación en las ILPAs, pueda proponer estrategias de cuidado de salud más específicas visando a su control y tratamiento.

Ante el expuesto, fueron delineados como objetivos de este estudio: verificar la ocurrencia de dolor crónico en ancianos institucionalizados, para tanto, caracterizándola según el tiempo, localización, tipo, tratamientos más utilizados y factores de empeoramiento y mejora; e identificar los factores sociodemográficos y de salud asociados al dolor crónico en esa población.

Materiales y métodos

Estudio de campo, observacional, transversal, con diseño no experimental y aproximación cuantitativa; llevado a cabo en las ILPAs localizadas en el municipio de Uberaba-MG, Brasil, registradas por la Municipalidad en el Consejo Municipal de Asistencia Social (CMAS). El municipio de Uberaba tiene nueve ILPAs registradas, que albergan hoy día 282 individuos. Hicieron parte del estudio 124 ancianos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: aceptar participar de la investigación y firmar el Término de Consentimiento Libre e Informado, edad de 60 años o más y lograr verbalizar. Fueron excluidos de la investigación 158 (56,03%) residentes de las instituciones por no cumplir con los criterios de inclusión: 102 (64,56%) por limitaciones en la comprensión de las cuestiones con imposibilidad de verbalizar las respuestas, 48 (30,38%) no habían completado 60 años de edad, ocho (5,06%) por no aceptar participar de la investigación y ocho por no estar presentes en el momento de la entrevista debido a paseos o internación hospitalaria.

Para recolectar los datos, inicialmente fueron programados los horarios con los responsables por las ILPAs, para que las investigadores llevaran a cabo las entrevistas y evaluaciones de los ancianos. Los datos fueron recolectados, en el período de febrero a julio de 2010, utilizándose un instrumento construido para este fin, compuesto de dos partes. La primera se refería a los datos sociodemográficos clínicos; la segunda a los aspectos relacionados al dolor (inicio, localización, factores de mejora y empeoramiento y tratamientos adoptados). Se subraya que el instrumento de recolecta de datos utilizado fue sometido a la validación aparente de contenido. No fue identificado en la literatura

instrumento que tratara todos los aspectos investigados en este estudio. Sin embargo, se destaca que existen en la literatura instrumentos que evalúan el dolor crónico, pero no contemplaban todas las variables de interés de esta investigación.

Para identificación de ancianos con dolor crónico, fueron considerados aquellos que refirieron ese síntoma con duración igual o superior a seis meses, según la definición propuesta por la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*⁽⁷⁾.

Los datos fueron insertados en una planilla electrónica del programa *Excel*[®] para *Windows*[®], posteriormente validados por doble entrada y exportados para el programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 19.0, para procesamiento y análisis.

Las variables cualitativas fueron analizadas según estadística descriptiva, mediante la distribución de frecuencia absoluta y porcentaje, mientras que, para las variables cuantitativas, fueron utilizadas las medidas descriptivas de centralidad (promedio) y de dispersión (desvío estándar, valor mínimo y máximo).

Para verificar los factores asociados al dolor crónico, fue aplicado inicialmente análisis bivariado preliminar, utilizándose la prueba chi-cuadrado, siendo las variables predictivas el sexo, rango de edad, práctica regular de actividad física, presencia de morbilidades auto referidas y movilidad física perjudicada. Fueron consideradas asociaciones estadísticamente significativas las variables con valor de $p < 0,1$. Posteriormente, fue utilizado el análisis multivariado mediante la regresión logística, con nivel de significancia de 0,05.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, bajo el Parecer nº 1360/2009, cumpliendo con los principios éticos recomendados para investigación involucrando a seres humanos, según la Resolución 196/96.

Resultados

Características sociodemográficas y de salud

Fue observado predominio de ancianos del sexo femenino, entre 70-80 años y solteros. Respecto al grado de instrucción, la mayoría indicó tener nivel fundamental, seguido de ausencia de escolaridad. Prevalcieron individuos que relataron tener hijos.

Respecto a las variables de salud, predominaron ancianos que refirieron morbilidades, siendo la más

citada la hipertensión arterial sistémica (25,9%). La mayoría de los individuos de la presente investigación no practicaba actividad física regularmente.

La Tabla 1 a seguir muestra las características sociodemográficas y de salud de la población estudiada.

Tabla 1 – Distribución de frecuencia de las variables sociodemográficas y de salud de los ancianos institucionalizados. Uberaba, MG, Brasil, 2013 (n=124)

| Variables | n | % |
|----------------------------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 61 | 49,2 |
| Femenino | 63 | 50,8 |
| Rango de edad (en años) | | |
| 60-70 | 35 | 28,2 |
| 70-80 | 46 | 37,1 |
| 80 y más | 43 | 34,7 |
| Estado conyugal | | |
| Jamás se casó o vivió con pareja | 49 | 39,5 |
| Casado | 21 | 16,9 |
| Viudo | 40 | 32,3 |
| Separado/Desquitado/Divorciado | 14 | 11,3 |
| Escolaridad | | |
| Sin escolaridad | 46 | 37,1 |
| Primario completo | 72 | 58,1 |
| Secundario completo | 4 | 3,2 |
| Superior completo | 2 | 1,6 |
| Hijos | | |
| No | 52 | 41,9 |
| Sí | 72 | 58,1 |
| Morbilidades Auto referidas | | |
| No | 39 | 31,5 |
| Sí | 85 | 68,5 |
| Actividad física | | |
| No | 110 | 88,7 |
| Sí | 14 | 11,3 |
| Dolor crónico | | |
| No | 52 | 41,9 |
| Sí | 72 | 58,1 |

Fue verificada prevalencia de 58,1% de dolor crónico en la población estudiada. El mayor porcentaje de ancianos refirió inicio del dolor desde hace más de 10 años.

Respecto a la localización del dolor, los miembros inferiores fueron los prevalentes, seguida por la región dorsal. El dolor más relatado fue del tipo "punzada", seguido de quemazón.

Con relación al tratamiento del dolor, la mayor proporción practicaba tratamiento medicamentoso. Sin embargo, fue observado que 33,3% de los ancianos no adoptaban tratamientos.

La mayoría de los ancianos entrevistados relataron no existir factor de mejora para el dolor crónico. Respecto a los factores de empeoramiento del dolor crónico, la

mayoría de los entrevistados también informó que no existía un factor específico. La caracterización del dolor crónico está indicada en la Tabla 2.

Tabla 2 – Distribución de los factores relacionados al dolor crónico entre los ancianos residentes en la ILPAs. Uberaba, MG, Brasil, 2013 (n=72)

| Caracterización | N | % |
|--------------------------------------|----|------|
| Inicio | | |
| 6 meses 1 año | 17 | 23,6 |
| 1 2 años | 14 | 19,4 |
| 2 4 años | 9 | 12,5 |
| 4 10 años | 13 | 18,1 |
| 10 años o más | 19 | 26,4 |
| Localización | | |
| Miembros superiores | 4 | 5,6 |
| Miembros inferiores | 23 | 31,9 |
| Región dorsal | 11 | 15,3 |
| Abdomen | 6 | 8,3 |
| General | 5 | 6,9 |
| Articulaciones | 4 | 5,6 |
| Craneofacial | 3 | 4,2 |
| Miembros inferiores y articulaciones | 2 | 2,8 |
| Miembros inferiores y dorso | 4 | 5,6 |
| Otras | 10 | 13,9 |
| Tipo | | |
| Quemazón | 13 | 18,1 |
| Punzada | 24 | 33,3 |
| Apretón | 11 | 15,3 |
| Picadura | 9 | 12,5 |
| Palpitante | 4 | 5,6 |
| No sabe explicar | 7 | 9,7 |
| Otros | 4 | 5,6 |
| Tratamiento | | |
| Ningún | 23 | 31,9 |
| Medicamentoso | 24 | 33,3 |
| Fisioterápico | 8 | 11,1 |
| Ambos | 17 | 23,6 |
| Factores de Mejora | | |
| Ningún | 30 | 41,7 |
| Acostarse | 16 | 22,2 |
| Sentar | 2 | 2,8 |
| Reposo | 8 | 11,1 |
| Mover el cuerpo | 6 | 8,3 |
| Otros | 10 | 13,9 |
| Factores de Empeoramiento | | |
| Ningún | 25 | 34,7 |
| Sentar | 7 | 9,7 |
| Deambular | 16 | 22,2 |
| Mover el cuerpo | 7 | 9,7 |
| Emocional (Irritabilidad) | 4 | 5,6 |
| Otros | 13 | 18,1 |

Factores asociados al dolor

Para verificar los factores asociados al dolor crónico, fueron insertadas en el análisis multivariado las variables sexo y rango de edad, con significancia estadística ($p < 0,05$) en el análisis bivariado. Así, se

verificó que los ancianos entre 60 | 70 años tuvieron 70% menos chances de presentar dolor crónico con relación a aquellos con 80 años y más.

En la Tabla 3 a seguir, son listados los factores asociados al dolor crónico en ancianos institucionalizados.

Tabla 3 - Análisis bivariado preliminar y el modelo de regresión logística multivariable de los factores asociados al dolor crónico. Uberaba, MG, Brasil, (n=124)

| Variables | Dolor crónica | | | | X ² | p | Análisis Regresión | |
|-----------------------------------|---------------|------|----|------|----------------|-------|---------------------|-------|
| | No | | Sí | | | | OR* (IC) | P |
| | N | % | n | % | | | | |
| Sexo | | | | | 5,46 | 0,019 | | |
| Masculino | 32 | 61,5 | 29 | 40,3 | | | 1 | - |
| Femenino | 20 | 38,5 | 43 | 59,7 | | | 0,50 (0,24-1,08) | 0,082 |
| Rango de edad | | | | | 8,17 | 0,017 | | |
| 60 70 | 21 | 40,4 | 14 | 19,4 | | | 0,30 (0,12-0,82) | 0,018 |
| 70 80 | 19 | 36,5 | 27 | 37,5 | | | 0,60 (0,24-1,48) | 0,27 |
| 80 y más | 12 | 23,1 | 31 | 43,1 | | | 1 | - |
| Práctica actividad física regular | | | | | 0,25 | 0,61 | | |
| No | 47 | 90,4 | 63 | 87,5 | | | | |
| Sí | 5 | 9,6 | 9 | 12,5 | | | | |
| Morbilidades auto referidas | | | | | 1,07 | 0,3 | | |
| No | 19 | 36,5 | 20 | 27,8 | | | | |
| Sí | 33 | 63,5 | 52 | 72,2 | | | | |
| Movilidad física perjudicada | | | | | 1,16 | 0,28 | | |
| No | 26 | 50,0 | 29 | 40,3 | | | | |
| Sí | 26 | 50,0 | 43 | 59,7 | | | | |

*Odds ratio ajustado

Discusión

Características sociodemográficas y de salud

En esta investigación, el predominio de ancianos entre 70 y 80 años no sigue el patrón de otro estudio desarrollado en ILPAs de Minas Gerais, en que el mayor porcentaje se encuentra en el rango de edad igual o superior a 80 años⁽¹¹⁾.

De acuerdo con otras investigaciones en Minas Gerais, fue verificado predominio del sexo femenino entre ancianos institucionalizados (59,0%)⁽¹¹⁾ (64,75%)⁽¹²⁾. Sin embargo, resultado divergente fue observado en investigación llevada a cabo en ILPAs, en un municipio del estado de São Paulo, cuya mayoría de los ancianos investigadores fue del sexo masculino (59,13%)⁽²⁾. Esta divergencia puede estar relacionada a las características sociales y culturales entre los grupos estudiados, ya que las investigaciones fueron desarrolladas en locales distintos del país.

Respecto a la escolaridad, la mayoría de los ancianos institucionalizados poseía solamente educación fundamental, resultado seguido por aquellos sin escolaridad. Ese hecho puede reflejar la dificultad de acceso a la escuela y políticas educacionales del pasado⁽¹³⁾.

El resultado de la presente investigación referente al estado conyugal fue equivalente a un estudio sobre el perfil de ancianos de ILPAs, donde predominó soltero (63,0%), seguido de viudos (23,0%). Se destaca que la mayoría de los ancianos indicó tener hijos, pero la institucionalización entre esos individuos puede estar relacionada a las limitaciones financieras de sus familiares y a la ausencia de la mujer en el hogar, consecuencia de su mayor inserción en el mercado de trabajo, dificultando así el cuidado de los ancianos en su hogar⁽¹¹⁾.

Respecto a las variables de salud, la institucionalización puede contribuir al surgimiento de enfermedades⁽¹⁴⁾. Se debe destacar que la hipertensión arterial sistémica (HAS), como la enfermedad más relatada en este estudio, refleja una tendencia mundial de la población anciana⁽¹⁵⁾. De acuerdo con ese hallazgo, datos del censo demográfico en Brasil (53,3%)⁽¹⁶⁾ y estudio desarrollado en ILPAs en el municipio de Marília/SP (64,34%)⁽¹⁴⁾ también observaron la HAS como la morbilidad de mayor ocurrencia entre ancianos.

En las ILPAs estudiadas, solamente una pequeña parte de ancianos indicó practicar alguna actividad física regularmente. Tal característica puede derivar de limitaciones de los propios individuos o indicar la ocurrencia de deficiencias de infraestructura y recursos humanos para la planificación de actividades adecuadas al rango de edad en cuestión en el ambiente en que viven.

Respecto a la ocurrencia del relato de dolor crónico, estudios desarrollados en ILPAs con ancianos en Jequié-BA (73,3%)⁽⁵⁾ y en España (61,0%)⁽⁸⁾ verificaron porcentajes superiores. Sin embargo, investigación desarrollada con ancianos de una ILPA en Porto Alegre constató prevalencia de dolor solamente en 12,7%⁽¹⁷⁾. El menor porcentaje en ese estudio⁽¹⁷⁾ puede estar relacionado a la metodología utilizada, que usó registros en archivos de los Diagnósticos de Enfermería evaluados y registrados por enfermeros de la institución. Por motivos subjetivos relacionados a la evaluación o a la dependencia de la práctica disciplinada de esos registros para que refleje la realidad, puede haber ocurrido una subnotificación del diagnóstico de dolor crónico.

Con relación al inicio del dolor, los resultados

evidenciados divergen de investigación llevada a cabo en Jequié-BA, en la cual fue frecuente el tiempo de inicio, variando de 1 a 5 años^(3,5). Se destaca que parte de los ancianos indicó dolor desde hace más que diez años, lo que expresa un dato que merece atención, ya que el dolor no tratado puede resultar en depresión, incapacidad funcional, disturbios del sueño, rehabilitación tardía, desnutrición y disfunción cognitiva⁽¹⁷⁾. En esa perspectiva, diversas acciones pueden ser practicadas para prevenir el desarrollo del dolor, tales como educación en salud para el autocuidado, para la práctica de actividad física y para la práctica de alimentación sana⁽¹⁸⁾.

Respecto a la localización del dolor, datos de la presente investigación apoyan el estudio desarrollado con ancianos en ILPAs en Jequié-BA, en el cual predominó dolor crónico en miembros inferiores (47,7%), seguido de dolor lumbar (25%), pero con prevalencia mayor de esos valores⁽⁵⁾.

Un estudio desarrollado en la comunidad de Londrina (PR) difiere del encontrado en las ILPAs de la misma investigación, mostrando prevalencia de dolor en la región lumbar (21,7%) y miembros inferiores (21,5%)⁽⁹⁾.

La diferencia de los locales de prevalencia del dolor puede estar relacionada a características de las actividades de vida diaria (AVDs) desarrolladas por ancianos institucionalizados o que viven en la comunidad. Estudio desarrollado con ancianos en ILPAs indica que la institucionalización está muchas veces relacionada a la dependencia física. La institucionalización desestimula la independencia de los ancianos para la práctica de las AVDs y, además, sus hábitos anteriores son sustituidos por la práctica de esas actividades por los cuidadores de la institución⁽¹⁹⁾. El desincentivo de la actividad reduce la funcionalidad del anciano, lo que puede llevar a cuadro de dolor.

El predominio de dolor en los miembros inferiores puede estar relacionado a la degeneración cartilaginosa debida al envejecimiento biológico o a la ocurrencia de patologías crónico-degenerativas, como artritis y artrosis⁽³⁾. Asimismo, el proceso de envejecimiento puede causar alteraciones en las partes óseas, además de modificaciones discales y ligamentosas de la columna vertebral; predisponiendo a la lumbalgia en los ancianos⁽²⁰⁾. En este aspecto, se percibe la necesidad de estímulo de la práctica de actividades de estimulación física y motora, tales como la realización de las tareas diarias de autocuidado, cuidado del ambiente o la práctica de pequeñas actividades físicas, tales como caminadas en el patio de la ILPA, actividades con dispositivos

que reduzcan impacto y estimulan estiramientos. Se subraya acá la necesidad de la enfermería trabajar con equipo multiprofesional, visando a la práctica de tales actividades según la capacidad adaptativa de cada anciano.

El tipo de dolor más relatado fue "punzada", diferentes de los datos encontrados en la literatura, que revelan el relato de 40,7% de sensación de dolorimiento. Sin embargo, el mismo estudio muestra un porcentaje de 37% de relato de dolor "en quemazón", siendo este el segundo tipo más referido en esta investigación⁽²¹⁾.

Respecto al tipo de tratamiento, los resultados encontrados en esta investigación apoyan los hallazgos de un estudio desarrollado en España, en el cual el uso de medicamento fue relatado por 44,5% de los ancianos⁽⁸⁾. Sin embargo, estudio desarrollado en Bahía observó que solamente 15,9% utilizaba medicamento para controlar el dolor⁽⁵⁾.

Los objetivos del tratamiento del dolor son tratar específicamente sus causas, reducir la intensidad, mejorar la capacidad funcional, el sueño, el humor y la socialización del paciente. Puede ser medicamentoso, psicológico, psiquiátrico, fisiátrico o neuroquirúrgico funcional. Estrategias farmacológicas y no farmacológicas deben ser asociadas visando al control del dolor con menores dosis de fármacos, lo que reducirá los efectos colaterales⁽²²⁾. En el contexto de las ILPAs, el enfermero, que tiene una visión global de los ancianos y pasa mayor tiempo con ellos, debe articular las acciones con otros profesionales de salud, estimulando las acciones interdisciplinarias. Tratamientos con la misma meta alcanzan resultados más rápidos frente a actividades aisladas de los profesionales.

Con relación a los factores de mejora y empeoramiento más relatados, estudio desarrollado en Londrina (PR) con ancianos portadores de dolor crónico atendidos por la Unidad Básica de Salud encontró resultados divergentes de la presente investigación, siendo la actividad física el factor desencadenante más citado (38,51%); y el uso de medicación en 80,4% de los casos factor de alivio del dolor⁽⁹⁾. Estudio llevado a cabo en una clínica multiprofesional de dolor de un hospital público de enseñanza de Minas Gerais sugiere que la percepción y la intensidad del dolor son datos subjetivos. Por lo tanto, los factores de mejora y empeoramiento del mismo están directamente relacionados a esa condición y a la patología específica involucrada⁽²³⁾. La enfermería debe atentarse a la importancia de evaluar todas las características del dolor y sus aspectos para el desarrollo de estrategias que minimicen factores desencadenantes

y promuevan factores de mejora del dolor, reduciendo así sus manifestaciones en la vida del anciano.

Factores asociados al dolor

Respecto a los factores asociados al dolor crónico, los datos de la investigación en cuestión apoyan los datos encontrados en estudio llevado a cabo en Salvador-BA⁽²⁴⁾, que reveló asociación estadística con la edad. Sin embargo, diversos estudios encontraron otros factores asociados, tales como un estudio desarrollado en Bahía con ancianos institucionalizados, que reveló que el sexo, el rango de edad y el tiempo de institucionalización no influyen en la presencia de dolor en los ancianos⁽³⁾.

A su vez, estudio desarrollado en España en 2007 indicó que la presencia de dolor está correlacionada a la capacidad funcional⁽⁶⁾. El hecho de que ancianos más jóvenes tienen menos chance de sentir dolor cuando comparados con ancianos más viejos puede estar relacionado al propio proceso de envejecimiento, que comúnmente está asociado al apareamiento de enfermedades crónicas e incapacitación⁽¹⁸⁾. En este sentido, la actuación del enfermero en la ILPA debe estar vinculada al control y acompañamiento de las enfermedades crónicas, visando a evitar sus efectos en el envejecimiento y evaluación constante del dolor para minimizar su impacto con los años.

El dolor está entre los principales factores limitadores de la posibilidad del anciano mantener su cotidiano de manera normal, con impacto negativo en su calidad de vida, perjuicio de la práctica de las AVDs, y también restringiendo en algunas situaciones el convivio, llevándolo al aislamiento social^(22,25).

Conclusión

Se concluye que predominaron ancianos institucionalizados del sexo femenino, con edad entre 70-80 años y solteros. La mayoría poseía nivel fundamental y refería tener hijos. La morbilidad más indicada por los ancianos fue HAS y mostraban como característica la no práctica de actividades físicas.

Más de la mitad de los ancianos refirió dolor crónico, iniciado desde hace más de 10 años, principalmente en miembros inferiores, seguida por el dolor de la región dorsal, del tipo punzada y quemazón, no identificando factor de mejora o empeoramiento, siendo el tratamiento medicamentoso el preferido. Se destaca que gran parte de los ancianos no hacía tratamiento para el dolor crónico. El rango de edad fue un factor asociado

a la presencia de dolor, con los ancianos más jóvenes, con edades entre 60-70 años, teniendo 70% menos chances de presentar dolor crónica cuando comparados con aquellos con 80 años y más.

La investigación indica la importancia de dar mayor atención a los síntomas dolorosos de los ancianos institucionalizados, especialmente entre aquellos con edades avanzadas, ya que esos individuos suelen convivir con el dolor y no reciben tratamiento adecuado. Y eso pasa principalmente debido a la no valorización de ese síntoma por los profesionales de salud, porque lo asocian como propio del proceso de envejecimiento.

Es fundamental que el enfermero, durante su actuación en las ILPAs, posea una visión crítica respecto a las quejas de dolor visando a evaluar el dolor crónico de manera adecuada. La evaluación del dolor puede contribuir con la orientación del cuidado, lo que puede proveer alivio y conforto a los ancianos respecto al problema. Sin embargo, el dolor crónico es un fenómeno complejo y multidimensional que demanda acciones interdisciplinarias para su control. En el contexto de las ILPAs, el enfermero, como miembro activo de un equipo, debe poseer habilidad de estimular esas acciones, contribuyendo así hacia la efectividad de las estrategias de manejo del dolor crónico.

Se debe subrayar como posibles limitaciones de esta investigación: 1) el diseño trasversal que inviabiliza la relación de causalidad debido a la dificultad de identificar el progreso en el análisis temporal de las variables investigadas; 2) las restricciones del grupo evaluado respecto a las pérdidas de la población.

A pesar de esa pérdida, los resultados evidenciados pueden ser generalizados a todos los ancianos institucionalizados, ya que fueron entrevistados todos los ancianos residentes en ILPAs del municipio que cumplieron con los criterios de inclusión. Respecto al diseño de la investigación, se destaca que estudios epidemiológicos con diseño trasversal son fundamentales en la generación de subsidios para que los profesionales de salud actúen de manera más asertiva.

Se sugiere que estudios como este puedan ser desarrollados en escala ampliada, multicéntricos preferencialmente, considerando el aumento de la población de ancianos en Brasil y en el mundo.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). DATASUS, Informações de

- Saúde, Informações demográficas e socioeconômicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
2. Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr.* 2007;56(4):267-72.
 3. Reis LA, Torres, GV. Pain characterization in institutionalized elderly patients. *Arq Neuropsiquiatr.* 2008;66(2b):331-5.
 4. Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(6):1387-93.
 5. Reis LA, Torres GV. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(2):274-80.
 6. Kopf A, Patel NB. Fatores psicológicos na dor crônica: guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. Seattle: IASP; 2010.
 7. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
 8. Álaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Rev Soc Esp Dolor.* 2009;16(6):344-51.
 9. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saúde Pública.* 2013;29(2):325-34.
 10. Santos FC, Souza PMR, Nogueira SAC, Lorenzet IC, Barros BF, Dardin, LP. Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. *Rev Dor.* 2011;12(3):209-14.
 11. Chianca TCM, Lisboa CR. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(3):482-7.
 12. Cheuen Neto JÁ, Sirimarco MT, Cândido TC, Barboza DF, Gonçalves ECQ, Gonçalves RT. Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. *HU Ver* 2011;37(2):207-16.
 13. Inouye K, Pedrazzani ES. Instruction, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians' quality of life. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(n. esp):742-7.
 14. Suzuki MM, Demartini SM, Soares E. Perfil do idoso institucionalizado na cidade de Marília: subsídios para elaboração de políticas de atendimento. *Rev Iniciação Científica da FFC.* 2009;9(3):256-68.
 15. World Health Organization. The World Health Report 2002: reducing the risks, promoting healthy life. [Internet]. [acesso 10 maio 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
 16. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010. [Internet]. [acesso 20 maio 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf
 17. Oliveira DN, Gorreis TF, Creutzberg M, Santos BRL. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. *Rev Ciênc Saúde.* 2008;1(2):57-63.
 18. Freitas MC, Maruyama SAT, Ferreira TF, Motta AMA. Perspectives of research in gerontology and geriatrics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2002;10(2):221-8.
 19. Araújo MOP, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):378-85.
 20. Castro MG. A coluna lombar do idoso. *Rev Bras Ortop.* 2000;35(11/12):423-5.
 21. Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(3):345-59.
 22. Gomes JCP, Teixeira MJ. Dor no idoso. *RBM Rev. Bras. Med.* 2007;63(11 nesp):45-54.
 23. Queiroz L, Lira S, Sasaki A. Identificação do risco de quedas pela avaliação da mobilidade funcional em idosos hospitalizados. *Rev Baiana Saúde Pública* 2009;33(4):534-43.
 24. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4):622-30.
 25. Barbosa MH, Silva LC, Andrade EV, Luiz RB, Bolina AF, Mattia AL, et al. Avaliação da dor crônica em idosos institucionalizados. *Rev Min Enferm.* 2012;16(1):63-8.

Recibido: 2.11.2013

Aceptado: 26.8.2014