



ISSN: 1132-1296

Identificación de síntomas posoperatorios en pacientes con revascularización miocárdica

Débora Milena Alvarez Yañez¹ (<https://orcid.org/0000-0002-4836-9857>)Gloria Carvajal Carrascal¹ (<https://orcid.org/0000-0001-8244-2731>)

Resumen Abstract

Objetivo principal: Identificar los síntomas desagradables durante la fase ambulatoria de la revascularización miocárdica. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en 80 pacientes con revascularización miocárdica atendidos en una entidad de salud de Cúcuta – Colombia. Se aplicó la escala de McGill y el formato de seguimiento de síntomas desagradables con mediciones en dos momentos, a los tres y treinta días posteriores al alta. Resultados principales: A los 30 días de posoperatorio ambulatorio, se encontró una disminución considerable en la alteración del sueño y tensión muscular, se consideró el dolor el síntoma más prevalente, con diferencias significativas ($p < 0.05$). Conclusión principal: Las acciones de enfermería dirigidas al control de los síntomas desagradables durante la fase ambulatoria de revascularización miocárdica, son fundamentales para prevenir ingresos, promover autonomía del paciente y su reintegro social.

Palabras clave: Educación en salud. Signos y síntomas. Atención de Enfermería. Atención ambulatoria. Proceso de Enfermería.

Identification of postoperative symptoms in patients with myocardial revascularization

Objective: To identify unpleasant symptoms during the outpatient phase of myocardial revascularization. Methods: Quantitative, descriptive, cross-sectional, cross-sectional study in 80 patients with myocardial revascularization treated in a health entity in Cúcuta, Colombia. The McGill scale and the unpleasant symptom follow-up form were applied with measurements at two points in time, at three and thirty days after discharge. Results: At 30 days postoperative ambulatory, a considerable decrease in sleep disturbance and muscle tension was found, pain was considered the most prevalent symptom, with significant differences ($p < 0.05$). Conclusions: Nursing actions aimed at the control of unpleasant symptoms during the outpatient phase of myocardial revascularization are essential to prevent readmissions, promote patient autonomy and social reintegration.

Keywords: Health Education. Signs and Symptoms. Nursing Care. Ambulatory Care. Nursing Process.

¹Universidad de La Sabana, Facultad de enfermería y rehabilitación. Bogotá, Colombia

CORRESPONDENCIA:
deboraalya@unisabana.edu.co (Débora Milena Alvarez Yañez)

Manuscrito recibido el 15.01.2025
Manuscrito aceptado el 2.02.2025

Index Enferm 2025; 34(2):
e15706

<https://doi.org/10.58807/indexenferm20257420>

Introducción

Las afecciones cardiovasculares son consideradas la principal fuente de enfermedades no transmisibles en el mundo, impactando desmedidamente a países con ingresos bajos y medianos, constituyendo 17,9 millones de muertes cada año.¹ En Colombia, en el estudio de la situación de salud correspondiente al año 2023, los trastornos del sistema cardiovascular causaron el 32% de la mortalidad, siendo la causa principal durante el periodo de 2005 a 2021.²

El tratamiento quirúrgico como la revascularización miocárdica, se ve como un enfoque destinado a optimizar la esperanza de vida y bienestar del paciente cardiovascular. Sin embargo, durante el posoperatorio se pueden presentar síntomas desagradables que pueden comprometer el proceso de recuperación. Entre estos síntomas, se documenta la presencia de dolor,³⁻¹¹ alteración del sueño,^{12,13} y ansiedad,¹⁴ que pueden afectar la adherencia al tratamiento¹⁵ y la satisfacción del paciente.

Cabe resaltar que el dolor se presenta como un síntoma relevante en el periodo de recuperación tras una revascularización miocárdica, obligando al paciente a enfrentarse a una nueva realidad física y emocional.¹⁶⁻¹⁸ La presencia de dolor, junto con otros síntomas desagradables como la fatiga, la tensión muscular, o la dificultad para dormir, no solo afectan el bienestar físico, sino también la esfera emocional y social del paciente. Estos síntomas contribuyen a la inseguridad en el autocuidado, interfieren con la reincorporación a las interacciones sociales y al ámbito laboral, y pueden generar dependencia del cuidador para llevar a cabo las tareas cotidianas.

La incapacidad del manejo del síntoma desagradable de manera adecuada en casa puede generar incertidumbre en el paciente y su familia, ocasionando ingresos a urgencias, pérdida de autonomía y capacidad para manejar su salud de manera efectiva en el ámbito ambulatorio. Es fundamental la valoración de enfermería para identificar los síntomas e implementar intervenciones que permitan reducir la severidad, promuevan la independencia del paciente y la adherencia a las recomendaciones durante el posoperatorio ambulatorio para promover la recuperación. El objetivo fue identificar

los síntomas desagradables durante la fase ambulatoria de la revascularización miocárdica.

Métodos

Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en el cual se buscó identificar los síntomas desagradables de los pacientes con revascularización miocárdica atendidos en una entidad de alta complejidad en Cúcuta, Colombia, durante el II semestre 2020 y I semestre 2021. La muestra fue seleccionada a partir del grupo de pacientes de cirugía cardíaca que cumplían con los criterios de inclusión: estar registrados en el programa de cirugía cardíaca, haber sido sometido a una revascularización miocárdica entre II semestre 2020 y I semestre 2021, y ser mayores de 18 años. Se excluyó a aquellas personas con trastornos mentales o físicos que estuvieran documentados en sus historias clínicas y que pudieran afectar su capacidad cognitiva, así como los pacientes hospitalizados por complicaciones.

Se realizó un muestreo aleatorio simple para seleccionar una muestra representativa de la población definida, con un nivel de confianza 95%, una potencia estadística 80%, una precisión de 5 puntos en las puntuaciones utilizadas para evaluar el dolor con la Escala McGill, y una varianza 60. El tamaño muestral ajustado a pérdidas del 25% fue de 80 pacientes, con mediciones en dos momentos, a los 3 y 30 días posteriores al alta.

Para evaluar la aparición de síntomas, se utilizó el formato de seguimiento de síntomas desagradables, diseñado por el investigador para recopilar información relacionada con la identificación de los síntomas: náuseas, diarrea, vómito, estreñimiento, tensión muscular, problemas de sueño, fatiga, tos y mareo durante el posoperatorio ambulatorio.

Para medir el nivel del dolor, se empleó la escala McGill, diseñada por Melzack, que permite la valoración tanto cuantitativa como cualitativa del dolor y se estructura según localización, características e intensidad. Se obtuvo el índice de dolor (PRI) que incluye la medición general y de las áreas: sensorial, emocional, valorativo y miscelánea. La consistencia del instrumento presenta una fiabilidad que varía entre el 66% y el 80%

después de 4 semanas, y entre el 50% y 100% en un intervalo de tres a siete días.¹⁹

Para la estadística descriptiva, las variables cuantitativas se determinaron con parámetros de tendencia central, mientras que en las cualitativas se establecieron frecuencias y valores en porcentajes. Los datos se organizaron en Microsoft Excel, y fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 25. Se aplicó la prueba de rangos de Wilcoxon para medir los cambios en relación con el nivel de dolor y síntomas desagradables.

Para el desarrollo de esta investigación, se consideraron los fundamentos éticos para investigación en humanos, asegurando la protección, confidencialidad y privacidad del paciente, así como el derecho a participar y al retiro voluntario. Se obtuvo consentimiento informado por escrito del paciente revascularizado y cuidador antes de aplicar las escalas de medición. Presentando un estudio de riesgo mínimo para los participantes, acorde a la resolución 008430 de 1993, se respetaron las directrices éticas definidas en el código de Nuremberg y Helsinki, junto con las directrices formuladas por el consejo de organizaciones internacionales de ciencias médicas,²⁰ enfocándose en principios éticos como el respeto, autonomía, beneficencia, no maleficencia, la justicia y la confidencialidad.²¹ El estudio cuenta con el aval de la subcomisión de investigación de la Universidad de La Sabana y comité de ética de la institución participante.

Resultados

Los pacientes que han sido sometidos a revascularización miocárdica deben afrontar retos en el cuidado de su salud durante el posoperatorio ambulatorio. El perfil sociodemográfico indica que predominó el sexo masculino, casados, con edades entre 62 - 64 años, con bypass coronario de tres vasos, en el nivel de escolaridad preponderó la primaria, actuando como cuidador principal los hijos (ver tabla 1).

La evaluación del síntoma desagradable es fundamental para comprender la experiencia del paciente revascularizado después del alta, dado que afectan el bienestar físico y el proceso de recuperación. A los 30 días del posoperatorio ambulatorio se evidencia que los sínto-

ORIGINALES

Tabla 1. Características del paciente revascularizado

Variable	Categoría / Valor	N=80 (%)
Edad	Promedio (D.E.)	62 – 64
	Rango	37 – 80
Sexo	Femenino	17(21,2)
	Masculino	63 (78,7)
Nivel socioeconómico	Uno	7(8,75)
	Dos	26(32,5)
	Tres	43(57,5)
	Cuatro	3(3,75)
	Cinco	1(1,25)
Estado civil	Casado(a)	44(55,0)
	Separado(a)	5(6,25)
	Soltero(a)	5(6,25)
	Unión libre	19(23,75)
	Viudo(a)	7(8,75)
Escolaridad	Ninguna	1(1,25)
	Postgrado	2(2,5)
	Primaria	37(46,25)
	Secundaria	27(33,75)
	Universidad	13(16,25)
Tipo de intervención	Bypass coronario 1 vaso	8(10,0)
	Bypass coronario 2 vasos	20(25,0)
	Bypass coronario 3 vasos	52(65,0)
Cuidador principal	Espos(a)	32(40,0)
	Hijo(a)	38(47,5)
	Hermano(a)	2(2,5)
	Yerno	1(1,25)
	Sobrino	5(6,25)
	Cuñada	1(1,25)
	Enfermera	1(1,25)

mas más comunes durante el mismo son la alteración del sueño y la tensión muscular, sin embargo, a los 30 días ambos síntomas disminuyeron al 48,8%. Además, se registró una reducción en otros síntomas como la tos y la fatiga. La presencia de síntomas gastrointestinales como las náuseas, vómito, diarrea y mareos se mantuvieron por debajo del 10%. Se encontró una reducción significativa en la presencia de síntomas desagradables ($p < 0.05$), entre los tres y treinta días de posoperatorio ambulatorio, con la excepción del vómito que no mostro variación en las dos mediciones (ver tabla 2).

En la medición del índice de dolor

Tabla 2. Presencia de síntomas desagradables al tercer y treinta días del alta

Síntoma desagradable	Medición 3 días N=80 (%)	Medición 30 días N=80 (%)
Presencia de náuseas	13 (16,25)	5 (6,25)
Presencia de vómito	6 (7,50)	6 (7,50)
Presencia de tensión muscular	56 (70)	39 (48,75)
Presencia de diarrea	14 (17,50)	4 (5)
Presencia de estreñimiento	25 (31,25)	15 (18,75)
Alteración del sueño	60 (75)	39 (48,75)
Presencia de mareos	19 (23,75)	6 (7,50)
Presencia de tos	41 (51,25)	14 (17,50)
Presencia de fatiga	28 (35)	9 (11,25)

(PRI), la mediana de puntuaciones observadas a los 3 días del posoperatorio ambulatorio fue 14 con rango intercuartílico entre 9 y 19 puntos, mientras que a los 30 días del posoperatorio ambulatorio la mediana fue 9 con rango intercuartílico entre 2 y 16 puntos, la medición a los 3 días registró valores atípicos en 2 pacientes para la escala de dolor.

Las comparaciones del índice de dolor (PRI), a los 3 días y 30 días posoperatorio ambulatorio logró evidenciar una diferencia que es estadísticamente significativo frente al nivel de dolor en las dimensiones sensorial, emocional y valorativa ($p < 0.05$). Para la dimensión “miscelánea” no se evidenciaron cambios relevantes, ya que la mediana para las puntuaciones observadas en ambas mediciones fue 0 (ver tabla 3).

Tabla 3. Puntuaciones en la escala de dolor McGill por dimensión, a los 3 y 30 días posoperatorio ambulatorio

Dimensión	Medición	N	Media	D. E.	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor P*
Sensorial	Inicial	80	8,21	4,96	8	1	26	0,000
	Final	80	5,18	5,10	4	0	23	
Emocional	Inicial	80	2,60	2,15	2	0	8	0,001
	Final	80	1,81	2,21	1	0	8	
Miscelánea	Inicial	80	1,03	1,75	0	0	7	0,314
	Final	80	0,76	1,58	0	0	6	
Valorativa	Inicial	80	2,49	1,11	2	0	4	0,001
	Final	80	1,91	1,10	1	1	4	
PRI	Inicial	80	14,33	7,56	14	3	43	0,000
	Final	80	9,66	8,53	9	1	37	

Discusión

En esta investigación se identificaron diversas variables del perfil sociodemográfico, la edad, el nivel de estudio, y la clase de intervención son considerados como factores no modificables que determinan la presencia del síntoma desagradable que experimentan los pacientes durante el posoperatorio ambulatorio. En particular, la edad mayor a 60 años dificulta el seguimiento de las recomendaciones dadas en el momento del alta hospitalaria, lo que hace necesario la presencia de un cuidador en el hogar para

facilitar su autocuidado. Por otro lado, el nivel educativo de primaria puede limitar el entendimiento de la enfermedad cardiovascular y la identificación de los síntomas, así como la restricción de las habilidades cognitivas para enfrentar el cuidado durante el posoperatorio.

La presencia de síntomas desagradables requiere una valoración integral y un manejo multidimensional que favorezca la rehabilitación cardíaca y la adherencia a las medidas farmacológicas y no farmacológicas, se demostró una reducción significativa de la presencia de síntomas como alteración del sueño y tensión muscular a los 30 días de la fase ambulatoria ($p < 0.05$). Es fundamental resaltar que el dolor ocasionado por la tensión muscular limita la realización del ejercicio, la tos adecuada y el sueño, generando inquietud y cansancio.^{4,12,13}

Cabe destacar que el ejercicio es

esencial, preserva la salud del paciente, favoreciendo su interacción social y reduciendo los niveles de ansiedad después de la revascularización miocárdica. Por otro lado, el sueño interrumpido puede generar somnolencia durante el día, cansancio e irritabilidad, lo que puede afectar el desempeño y la motivación en las sesiones de rehabilitación cardíaca. Esto puede prolongar el proceso de recuperación e incluso en algunos casos, provocar reingresos a urgencias.²²

En esta investigación, el dolor emergió como el síntoma más relevante durante el posoperatorio ambulatorio. Se identificó una diferencia que estadísticamente es notable en el nivel de dolor al tercer y treinta días de la fase ambulatoria. La literatura evidencia que el paciente revascularizado experimenta dolor durante el posoperatorio ambulatorio, con una intensidad moderada mientras

permanece en reposo y se reduce a medida que transcurren los días.²³

En este sentido, es importante señalar que las acciones de enfermería realizadas durante el preoperatorio permiten incorporar estrategias para reconocer los síntomas posoperatorios que favorecen la adherencia a las recomendaciones para el control en el hogar.²⁴ Se recomienda que la educación proporcionada por la enfermera incluya el manejo de los síntomas desagradables, de una manera individualizada, integrando herramientas conductuales y evaluando su mantenimiento a lo largo del tiempo. Además, resulta pertinente considerar la utilidad de la teoría de rango medio de síntomas desagradables propuesta por Elizabeth Lenz, ya que su aplicación puede enriquecer la comprensión de las experiencias del paciente, optimizar las intervenciones de enfermería y dar mayor relevancia a la investigación en el ámbito del cuidado de la salud.²⁵

Al momento del alta hospitalaria, la enfermera debe evaluar los síntomas desagradables, incluido el dolor,²⁶ para determinar los factores determinantes y las experiencias previas que pueden influir en la situación del paciente. Esta valoración es esencial para direccionar acciones que ayuden a aliviar el dolor y otros síntomas en el entorno domiciliario,²⁷ aumentando la motivación y desarrollando una conducta de salud adecuada que favorezca la rehabilitación cardíaca y su incorporación social y laboral.

Entre las restricciones del estudio, el diseño descriptivo permitió un análisis detallado de los síntomas desagradables, aunque no establece relaciones causales. La identificación de los síntomas refleja la experiencia subjetiva del paciente revascularizado, lo que enriquece la comprensión del impacto durante el posoperatorio ambulatorio.

Conclusiones

Reconocer los síntomas durante el periodo posoperatorio de revascularización miocárdica es fundamental para optimizar la recuperación del paciente y disminuir los reingresos al hospital relacionados con el dolor y otros síntomas asociados. Las intervenciones de enfermería no solo disminuyen la presencia de síntomas, sino que promueven el empoderamiento del paciente para el cuidado en el

hogar, lo cual es fundamental para su proceso de recuperación.

Existen factores que influyen en la presencia del síntoma afectando el bienestar del paciente durante la fase ambulatoria. Frente a esta situación, la labor de enfermería es esencial para la identificación y control individualizado de cada paciente, demostrando resultados positivos en el control del síntoma desagradable, garantizando un enfoque integral que refuerce la autonomía y jurisdicción de la práctica del cuidado.

Se recomienda desarrollar investigaciones orientadas a identificar y analizar los factores que afectan el bienestar de los pacientes en el periodo posoperatorio de revascularización miocárdica, con énfasis en los síntomas que impactan su recuperación durante la fase ambulatoria. Además, se sugiere a las instituciones de salud fortalecer las intervenciones de enfermería basadas en referentes teóricos, mediante la implementación de programas de educación para pacientes y cuidadores, centrados en la identificación, manejo y control de los síntomas en el hogar, que promueva el empoderamiento del paciente, reduzca los reingresos hospitalarios, y optimice los resultados en salud.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. Ministerio de Salud y protección social. Análisis de situación de salud Colombia 2023. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2023.pdf>.
3. Makkad B, Heinke TL, Sherifdeen R, Khatib D, Brodt JL, Meng ML, et al. Practice Advisory for Preoperative and Intraoperative Pain Management of Cardiac Surgical Patients: Part 2. Anesthesia & Analgesia. 2023; 137(1):26-47. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000006506>.
4. Ögüt S, Dağ GS. Pain Characteristics and Pain Interference Among Patients Undergoing Open Cardiac Surgery. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2019; 34(4):757-766. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.009>.
5. Micah S, Barolia R, Parpio Y, Kumar S, Sharif H. Factors Associated with Postoperative Pain among Patients after Cardiac Surgery in the Tertiary Care Teaching Hospital of Karachi, Pakistan. Pain Research and Treatment. 2019; 9657109. <https://doi.org/10.1155/2019/9657109>.
6. Guay J, Kopp S. Postoperative Pain Management for Cardiac Surgery: Do We Need New Blocks? Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia. 2020; 34(11). <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2020.06.039>.

7. Zubrzycki M, Liebold A, Skrabal C, Reinelt H, Ziegler M, Perdas E, Zubrzycka M. Assessment and pathophysiology of pain in cardiac surgery. Journal of Pain Research. 2018; 11. <https://doi.org/10.2147/JPR.S162067>.
8. Nachiyunde B, Lam L. The Efficacy of Different Modes of Analgesia in Postoperative Pain Management and Early Mobilization in Postoperative Cardiac Surgical Patients: A Systematic Review. Annals of Cardiac Anaesthesia. 2018; 21(4). https://doi.org/10.4103/aca.ACA_186_17.
9. Sychev D, Morozova T, Shatskiy D, Shikh E. Efficiency and safety of pharmacotherapy for postoperative pain in cardiac surgery. Cardiovascular therapy and prevention. 2021; 20(3). <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-2683>.
10. Reaza-Alarcón A, Rodríguez-Martín B. Effectiveness of nursing educational interventions in managing post-surgical pain. Systematic review. Investigación y Educación en Enfermería 2019; 37(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e10>.
11. Coll A, Jones R. Role of the nurse in the assessment and management of post-operative pain. Nursing Standard. 2020; 35(4). <https://doi.org/10.7748/ns.2020.e11530>.
12. Lee S, Park C. Impact of Physical Activity on Subsequent Night's Sleep in Patients After Cardiac Surgery. Sleep. 2024; 47(1). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsae067.0874>.
13. Souza F, Silva D, Poveda B, Costa A. Intervenciones no farmacológicas en el sueño de pacientes sometidos a una cirugía cardíaca: revisión sistemática. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2017; 5(4):1. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1917.2926>.
14. Lanzoni G, De Melo M, Dorneles H, Koerich C, Alacoque E, Baggio M. Factors which influence the process of experiencing cardiac revascularization. Texto contexto - Enferm. 2015; 24(1):270-278. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003760012>.
15. Lin C, Yaseri M, Pakpour A. Can a Multifaceted Intervention Including Motivational Interviewing Improve Medication Adherence, Quality of Life, and Mortality Rates in Older Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery? A Multi-center, Randomized Controlled Trial with 18-Month Follow-Up. Drugs & Aging. 2017; 34:143. <https://doi.org/10.1007/s40266-016-0429-3>.
16. Roca J, Valero R, Gomar C. Pain locations in the postoperative period after cardiac surgery: Chronology of pain and response to treatment. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2017; 64(7):391-400. <https://doi.org/10.1016/j.rear.2017.01.002>.
17. Castanera Duro A, Cruz Díaz V, Lobo Cívico A, Buxo Pujolras M, García Lamigueiro A, García Cuesta MG, et al. Percepción del dolor en pacientes postoperados de cirugía cardíaca. Enfermería intensiva. 2018; XX(60). <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.12.001>.
18. Chiapinotto S, Dallazen F, Bodnar ET, Winkelmann ER. Nível de dor e grau de independência funcional de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Revista Baiana de Enfermagem. 2017; 31(4). <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.21388>.
19. Caber, Sam. The Development of a Spanish Questionnaire for Assessing Pain: Preliminary Data Concerning Reliability and Validity. European Journal of Psychological Assessment. 1994; 10(2):145-151. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=133>.
20. The council for international organizations of medical sciences. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 2002.

- https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS_ETICAS_INTERNACIONALES.pdf.
21. Ministerio de Educación Nacional. Ley 911 de 2004. Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. 2004. https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf.
22. Lee SH, Collins E. Factors influencing physical activity after cardiac surgery: An integrative review. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*; 50: (1). <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.10.004>.
23. Mello L, Coelho R, Castro S, Hortense P. Assessment of pain during rest and during activities in the postoperative period of cardiac surgery. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2014; 22(1):136-143. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3115.2391>.
24. Calderón Ardila A, Bravo Gómez MA, Rivera Carvajal R. Efectos de una intervención de enfermería en el control del dolor posoperatorio del paciente adulto. *Revista Cubana de Enfermería*. 2022; 38(1). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4065>.
25. Covarrubias Delgado, Liliana; Mazatán Ochoa, Cecilia Ixel; Guerrero Castañeda, Raúl Fernando; Obregón Sánchez, Néstor Humberto; Lara Reyes, Braulio Josué; Trujillo Hernández, Pedro Enrique. Análisis y evaluación de la teoría en enfermería de síntomas desagradables de Elizabeth Lenz. *Index de Enfermería* 2024; 33(4): e14839. <https://ciberindex.com/c/ie/e14839>.
26. Schofield P, Dunham M, Martin D, Bellamy G, Francis SA, Sookhoo D, et al. Evidence-based clinical practice guidelines on the management of pain in older people - a summary report. *British Journal of Pain*. 2022; 16(1):6-13. <https://doi.org/10.1177/2049463720976155>.
27. Pérez Piedra MJ. Manejo del dolor en el postoperatorio. *Revista Médica Sinergia*. 2023; 8(9). <https://doi.org/10.31434/rms.v8i9.1101>.