



ORIGINALES

Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea

Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana

Postoperative pain in women undergoing caesarean section

Natalia Carvalho Borges ¹

Brunna Costa e Silva ²

Charlise Fortunato Pedroso ³

Tuany Cavalcante Silva ⁴

Brunna Silva Ferreira Tatagiba ⁴

Lílian Varanda Pereira ⁶

¹ Enfermera. Doctoranda en Enfermería. Universidad Federal de Goiás. Brasil.

² Alumna de Grado en Enfermería. Universidad Federal de Goiás. Brasil.

³ Enfermera. Máster en Enfermería. Universidad Federal de Goiás. Brasil.

⁴ Enfermera. Alumna de Máster en Enfermería. Universidad Federal de Goiás. Brasil.

⁵ Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesor Asociado de la Universidad Federal de Goiás. Brasil.

E-mail: nataliacb.enf@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>

Recibido: 13/09/2016

Aceptado: 06/11/2016

RESUMEN:

Objetivo: Estimar la incidencia, intensidad y calidad del dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea.

Método: Estudio de corte transversal. Fueron entrevistadas 1062 mujeres sometidas a cesárea en el periodo pre y post cirugía inmediatas. La intensidad del dolor y la calidad fueron evaluadas por la Escala Numérica del Dolor (0-10) y el Test de Dolor de McGill. Las variables se analizaron utilizando medidas descriptivas y la incidencia de dolor postoperatorio calculado con un Intervalo de Confianza del 95%.

Resultados: La incidencia de dolor fue del 92,7% (IC 95%: 90,9 - 94,2) y las puntuaciones de intensidad media en el momento de peor dolor, igual a 6,6 (dp=2,2) . Los descriptores más frecuentes escogidos fueron "dolorida" (91,6%), "dolorida a la palpación" (70,0%) y "palpitante" (56,1%).

Conclusiones: El dolor postoperatorio de alta intensidad es una realidad en este grupo, señalando la importancia de la evaluación del dolor para la ejecución de las acciones curativas y preventivas para reducir las pérdidas en la recuperación de las mujeres

Palabras clave: Dolor; Dolor Posoperatorio; Cesárea.

RESUMO:

Objetivo: Estimar a incidência, intensidade e qualidade da dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana.

Método: Estudio tipo corte transversal. Foram entrevistadas 1062 mulheres submetidas à cesariana nos períodos pré e pós-operatório imediatos. A intensidade e qualidade da dor foram avaliadas por meio da Escala Numérica de Dor (0-10) e Questionário de Dor de McGill. As variáveis foram exploradas por meio de medidas descritivas e a incidência de dor pós-operatória calculada com Intervalo de Confiança de 95%.

Resultados: A incidência de dor foi de 92,7% (IC 95%: 90,9 - 94,2). A média dos escores de intensidade, no momento de pior dor, igual a 6,6 (dp=2,2). Os descritores escolhidos com maior frequência foram “dolorida” (91,6%), “dolorida à palpação” (70,0%) e “latejante” (56,1%).

Conclusões: A dor pós-operatória de elevada intensidade é uma realidade neste grupo, apontando a importância da avaliação da dor para implementação de ações curativas e preventivas que reduzam prejuízos na recuperação das mulheres.

Palavras-chave: Dor; Dor pós-operatória; Cesariana

ABSTRACT:

Objective: to estimate the incidence, intensity and quality for pain post-cesarean section.

Methods: Cross-sectional study. A total of 1062 post-cesarean section women were interviewed in immediates pre- and post-operative. Pain intensity and quality were evaluated through the Numerical Rating Scale (0-10) and McGill Pain Questionnaire-SF. The variables were explored by descriptive measures and the incidence of postoperative pain calculated with a 95% confidence interval.

Results: the incidence of pain was 92,7% (IC 95%: 90,9 - 94,2). The average level of pain intensity at the time of worst pain was 6,6 (dp=2,2). The descriptors more frequently chosen were “aching” (91.6%) “tender” (70.0%) and “throbbing” (56.1%).

Conclusions: high-intensity postoperative pain is a reality for post-cesarean section women, showing the importance of pain assessment for implementation of curative and preventive actions to reduce losses in the recovery of women.

Key words: Pain; Postoperative pain; Cesarean section

INTRODUCCIÓN

El dolor postoperatorio, frecuentemente, es del tipo nociceptivo, o sea, proviene de lesión en tejidos u órganos, cuyos estímulos nociceptivos son percibidos como dolorosos⁽¹⁾. Cuando existe lesión directa de nervios, o incluso estiramiento o compresión, el dolor neuropático también puede estar presente⁽²⁾.

A pesar de que la ocurrencia del dolor postoperatorio es un evento fisiológico, el alivio inadecuado de esa experiencia puede significar mayores riesgos a la salud de las personas. Entre los efectos perjudiciales están incluidas las alteraciones neuroendocrinas que contienen respuestas de la hipófisis y glándulas adrenales, pudiendo ocasionar repercusiones negativas en diferentes sistemas del organismo, como el cardiovascular, el respiratorio y el gastrointestinal, además de efectos sobre el sistema nervioso central⁽³⁾. El dolor postoperatorio de elevada intensidad también es un factor predictor para la cronicidad de esa experiencia⁽⁴⁻⁶⁾.

En este escenario, la atención adicional debe dirigirse a las cirugías más frecuentes, como la cesárea, que está en el *ranking* de las más comunes entre mujeres en edad fértil⁽⁷⁾. Además, ese procedimiento es realizado en un momento en que ocurren expresivos cambios hormonales y emocionales relacionadas al embarazo y a la llegada del bebé⁽⁸⁾ que pueden ejercer influencia negativa sobre el dolor en el posoperatorio, dada la multidimensionalidad de esa experiencia⁽⁹⁾.

Perjuicios adicionales a las mujeres sometidas a cesárea incluyen el compromiso de la capacidad de cuidar de sus bebés, amamantar de forma eficaz e interactuar con el recién nacido en el puerperio⁽¹⁰⁾. Además de eso, investigadores apuntan que la cesárea representa la principal causa de dolor crónico entre las mujeres⁽¹¹⁾.

Algunas estimativas muestran la incidencia de dolor en el período postoperatorio inmediato de cesárea, de 77,4%⁽⁵⁾ y 100%⁽¹²⁾, de intensidad elevada¹³. La percepción de la calidad de ese dolor, por las mujeres, ha sido pobremente investigada, sin embargo, existen evidencias de que las palabras más frecuentemente utilizadas para describirlo pertenecen a la dimensión sensitiva discriminadora de la experiencia dolorosa⁽¹²⁾.

Delante del creciente aumento de las tasas de cesárea identificadas mundialmente y de la necesidad de ampliar conocimientos sobre la ocurrencia y características de esa experiencia, en el período postoperatorio inmediato, este estudio fue desarrollado con el objetivo de estimar la incidencia, intensidad y calidad del dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un análisis transversal de datos de estudio longitudinal prospectivo, realizado en una institución de salud hospitalaria de naturaleza privada, que tiene un convenio con el Sistema Único de Salud (SUS). El hospital es de tamaño medio, (45 camas) y realiza, en promedio, 120 cesáreas electivas por mes, siendo cerca de 70% de esos partos financiados por el SUS. La institución está localizada en el centro oeste brasileño, en una ciudad con aproximadamente 1.412.000 habitantes⁽¹⁴⁾.

La muestra de conveniencia estuvo constituida por 1.062 mujeres, con edad igual o superior a 14 años, sometidas a cesárea, conscientes y orientadas en el momento de la recolección de datos. Fueron excluidas aquellas sometidas a cirugía de emergencia, con diagnóstico de enfermedad maligna, inestabilidad hemodinámica persistente, que usaban opiáceos crónicamente, estaban en trabajo de parto y con dolor de elevada intensidad que las imposibilitaba de responder a las preguntas de los observadores, presentaron imposibilidad de ver, oír o hablar, y sufrieron interurrencias postoperatorias, como hemorragia, parada cardiorrespiratoria y muerte del recién nacido.

Las variables investigadas fueron la ocurrencia, intensidad y calidad del dolor postoperatorio. El “Dolor Postoperatorio” fue considerado como propone la Sociedad Americana de Anestesiología⁽¹⁵⁾, o sea, aquel que se presenta en el paciente quirúrgico después del procedimiento, proviene de lesión de tejidos y manipulación de órganos y estructuras.

La intensidad del dolor fue medida por medio de Escala Numérica del Dolor (END) de 11 puntos. Se trata de un instrumento unidimensional, ordinal, que permite la medida de la intensidad del dolor por medio de números que representan la cantidad de dolor sentida (0 (cero) = *ningún dolor*; 1, 2, 3 y 4 = *dolor leve*; 5 y 6 = *dolor moderado*; 7, 8 y 9 = *dolor fuerte* y 10 (diez) = *peor dolor posible*). Una vez que las personas utilizan números desde la infancia, la END posee la ventaja de ser familiar a las participantes. Esta escala ha sido ampliamente utilizada en hospitales y/o clínicas para la obtención de información rápida, no invasiva y con validez sobre el dolor agudo o crónico⁽¹⁶⁾.

La calidad del dolor postoperatorio fue evaluada por medio de la versión corta del Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ-SF)⁽¹⁷⁾, traducido y adaptado para Brasil⁽¹⁸⁾, estando constituido por 15 descriptores de dolor, entre los cuales once (11) describen la dimensión sensitiva discriminadora de esa experiencia y cuatro (4), la afectiva

motivacional. Los descriptores son cuantificados por medio de una escala de cuatro puntos, donde 0 = ninguno, 1 = leve, 2 = moderado y 3 = severo.

Las variables sociodemográficas como edad, estado civil, escolaridad, trabajo remunerado, situación socioeconómica (evaluada por medio del Criterio de Clasificación Económica de Brasil de la Asociación Brasileña de Empresas de Investigación⁽¹⁹⁾) y las variables quirúrgicas y clínicas, como tipo de anestesia, anestésico utilizado y analgesia intraoperatoria, fueron presentadas solo para caracterización de la muestra.

La recolección de datos fue hecha por nueve observadores entrenados, en los períodos pre y postoperatorio inmediatos, después de presentación personal, momento en que fueron suministradas informaciones sobre los objetivos de la investigación. Todas las participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) o el Término de Consentimiento Esclarecido. Las pacientes fueron abordadas en la enfermería o departamentos en que estaban internadas.

El análisis de los datos fue descriptivo, con las variables categóricas presentadas por medio de frecuencias absoluta y relativa. Las variables cuantitativas fueron resumidas por medio de promedio, desviación estándar, mediana, intervalos intercuartiles (Q1, Q3), mínima y máxima. La estimativa de la incidencia de dolor postoperatorio fue presentada con intervalo de confianza de 95% (IC:95%). La intensidad del dolor postoperatorio fue presentada en categorías (ninguna=0, leve=1,2,3 y 4, moderada=5,6, fuerte=7,8,9, peor posible=10), y los descriptores de dolor en frecuencia (%) de elección.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Goiás, protocolo número 421.825.

RESULTADOS

De las 1.062 participantes, prevalecen las mujeres con edad entre 20 y 35 años, con promedio de edad de 25,2 años (de=5,7), casadas y que concluyeron la enseñanza media. La mayoría recibía salario por trabajo remunerado, pertenece a la clase socioeconómica C y recibe atención por el SUS (Tabla I).

Tabla I – Características socioeconómicas y demográficas de mujeres sometidas a cesárea en Goiania, GO, Brasil, 2015

Variables	Mujeres sometidas a cesárea	
	n	%
Intervalo etario (n=1062)		
14-19 años	180	16,9
20-35 años	829	78,1
36-44 años	53	5,0
Estado Civil (n=1062)		
Con compañero	915	86,2
Sin compañero	147	13,8
Años de estudio (n=1059)		
≥11 años	682	64,4
<11 años	377	35,6
Trabajo Remunerado (n=1062)		
Si	580	54,6

No	482	45,4
Clase Socioeconómica (n=1060)		
Clase A	5	0,5
Clase B	343	32,4
Clase C	628	59,2
Clase D y E	84	7,9
Tipo de Internación Hospitalaria(n=1062)		
SUS	760	71,6
Particular/Convenio	302	28,4

En lo que se refiere a las características de la técnica de anestesia quirúrgica, todas las mujeres fueron sometidas a anestesia espinal, con administración de bupivacaina pesada 0,5% y morfina intratecal. Un poco más de la mitad de las mujeres (50,3%) recibió, en el intraoperatorio, otro analgésico además del opiáceo, siendo la administración de analgésico simple la práctica más frecuente entre las asociaciones (41,1%). Una pequeña parte de las mujeres realizó esterilización tubárica conjuntamente con la cesárea (8,9%) (Tabla II), y la mediana de los minutos de duración de la cirugía fue igual a 30,0 (Q1=30,0; Q3=40,0; MÍN=14; MAX=90).

Tabla II – Características de la analgesia intraoperatoria y realización de esterilización tubárica en mujeres sometidas a cesárea en Goiania, GO, Brasil, 2015

Variables	Mujeres sometidas a cesárea	
	n	%
Analgesia intraoperatoria(n=1049)		
Opiáceo	521	49,7
Opiáceo y analgésico simple	431	41,1
Opiáceo y AINE	34	3,2
Opiáceo, analgésico simple y AINE	18	1,7
Opiáceo, analgésico simple y esteroide	25	2,4
Opiáceo y esteroide	13	1,2
Opiáceo, AINE y esteroide	5	0,5
Opiáceo, analgésico simple, AINE y esteroide	2	0,2
Esterilización Tubárica(n=1061)		
Si	94	8,9
No	967	91,1

La incidencia de dolor en el postoperatorio inmediato fue de 92,7% (IC 95%: 90,9 - 94,2). El promedio de los puntajes de intensidad de dolor referida en el peor momento (dolor “más fuerte”) fue de 6,6 (de=2,2) y de dolor “más débil”, 3,3 (de=2,0), siendo desencadenado por movimientos. Se destaca que apenas 22,5% refirieron dolor leve o ausencia de dolor (Tabla III).

Tabla III – Características del dolor postoperatorio entre las mujeres sometidas a cesárea en Goiania, GO, Brasil, 2015

Variables	Mujeres sometidas a cesárea	
	n	%
Dolor en el Local de la Cirugía (n=1062)		
Si	984	92,7
No	78	7,3

Intensidad del dolor (n=984)

Leve (1-4)	150	15,2
Moderado (5-6)	321	32,6
Fuerte (7-9)	369	37,5
Peor Dolor Posible (10)	144	14,6

Momento que Siente dolor (n=984)

Movimiento	729	74,1
Reposo	15	1,5
Siempre	240	24,4

Las palabras más frecuentes seleccionadas por las mujeres para caracterizar el dolor fueron: “dolorida” (91,6%), “dolorida a la palpación” (70,0%) y “palpitante” (56,1%), y aquellas que prevalecieron, después de la cuantificación de la intensidad de la sensación expresada por el descriptor como severa, fueron: “dolorida” (32,6%), “dolorida a la palpación” (17,0%) y “cansada-exhaustiva” (10,9%). Los descriptores que indicaron cantidad moderada de la sensación expresada fueron “dolorida” (38,4%), “dolorida a la palpación” (25,9%) y “punzante” (22,3%).

DISCUSION

El presente estudio evidenció que el dolor posoperatorio es todavía muy frecuente después de la cesárea. Además, la minoría de ellas refirió un dolor leve, hecho clínicamente inaceptable, frente al avance ocurrido en los conocimientos sobre la experiencia dolorosa y su alivio. Semejante a otros escenarios quirúrgicos, las estimativas apuntaron una incidencia de dolor posoperatorio de 100% en esa población^(8,20-21).

Sabemos que estímulos nociceptivos mecánicos y/o térmicos generan lesiones de tejido durante la cirugía, resultando en un acúmulo de sustancias algogénicas en las terminaciones nerviosas libres. Una vez sensibilizadas, ocurre la despolarización de la membrana neuronal y el transporte de la información dolorosa a las estructuras supra segmentarias que procesan cognitivamente y conscientemente el dolor⁽²²⁾. Acontece también el proceso inflamatorio, con liberación de sustancias que promueven una respuesta exagerada a los estímulos dolorosos en la región de la lesión quirúrgica (hiperalgesia primaria) y perilesión (hiperalgesia secundaria)⁽²³⁾.

Sin embargo, a pesar de que la ocurrencia de dolor postoperatorio es un evento fisiológico y, por tanto, “esperado” en el período postoperatorio inmediato, el adecuado alivio de esa experiencia puede ser asegurado mediante: uso de técnicas anestésicas quirúrgicas más avanzadas, disponibilidad de nuevos medicamentos y aplicación de conocimientos básicos sobre el dolor postoperatorio⁽²⁴⁾.

Además, el alivio del dolor es un derecho humano y los profesionales de la salud tienen un compromiso en lo que se refiere al cumplimiento de los principios éticos que incluyen la autonomía de los pacientes sobre su plan terapéutico; el principio de la beneficencia, que enfoca las conductas antiéticas frente a las demandas del paciente con dolor; el principio de la no maleficencia, que tiene que ver con dilemas sobre el riesgo y beneficio del uso de opiáceos y la aplicación de procedimientos dolorosos innecesarios; y, el principio de la justicia, que guía la práctica asistencial, tratando de la distribución igualitaria en el acceso al tratamiento del dolor⁽²⁵⁾.

En relación a la intensidad del dolor postoperatorio, un estudio prospectivo realizado con 65 mujeres, cuyo objetivo fue investigar la relación entre intensidad de dolor experimental y dolor después del parto por cesárea, evaluada en diversos momentos en las primeras 48 horas después de la cirugía, por medio de la END de 11 puntos, evidenció que el promedio de los puntajes atribuidos a la intensidad de esa experiencia, 12 horas después del término del procedimiento quirúrgico, fue de 6,18⁽²⁰⁾, valor semejante al de esta investigación, en la cual, a pesar de que las mujeres recibieron analgesia multimodal intraoperatoria, la intensidad del dolor posoperatorio alcanzó niveles clínicamente importantes, similar a otros estudios^(8,21).

Una elevada intensidad de dolor postoperatorio, después de la cesárea, también fue encontrada en una muestra de 60 mujeres investigadas por Sousa *et al.*⁽¹²⁾, en el cual la incidencia de dolor posoperatorio fue de 100%, con intensidad promedio de 6,9 (de=2,1), evaluada por medio de la END. También fue verificada la ocurrencia de limitaciones en la capacidad para realizar las actividades de sentarse y levantarse, lo que apunta una posible restricción en las actividades relacionadas a los primeros cuidados con el recién nacido, incluyendo el amamantamiento.

En este estudio, a pesar de que no fue su objetivo investigar perjuicios en las actividades cotidianas de las mujeres debido al dolor posoperatorio, evidencias encontradas apuntaron mayor frecuencia de dolor al moverse, corroborando los hallazgos de Sousa *et al.*⁽¹²⁾. Además de eso, la intensidad de ese dolor fue mayor que cuatro (4) en la END (0-10), nivel considerado inaceptable⁽²⁶⁾, alertando así para los perjuicios potenciales en la realización de actividades cotidianas.

Un perjuicio adicional reside en el inadecuado alivio del dolor de elevada intensidad en el período posoperatorio inmediato que se constituye en uno de los predictores más fuertes de la cronicidad del dolor postoperatorio entre mujeres sometidas a cesárea⁽⁵⁻⁶⁾.

Cuando cuestionadas sobre las palabras que caracterizaban el dolor postoperatorio, los descriptores escogidos con mayor frecuencia fueron: “dolorida”, “dolorida a la palpación”, y “palpitante”, pertenecientes al agrupamiento sensitivo del dolor del Cuestionario de dolor de McGill-SF. Sousa *et al.*⁽¹²⁾; también evidenciaron que las palabras escogidas con mayor frecuencia por las mujeres sometidas a cesárea pertenecían al grupo sensitivo: “que sujeta” (62,5%); “que se estira” (60%) y “calambre” (57,5%).

Estudios que investigaron la calidad del dolor en pacientes sometidos a otros tipos de cirugías, utilizando la forma larga⁽²⁷⁾ y la reducida⁽²⁸⁾ del Cuestionario de dolor de McGill, verificaron que el dolor postoperatorio es descrito, predominantemente, por descriptores sensitivos.

La palabra “dolorida”, semejante a nuestros hallazgos, fue encontrada entre las más utilizadas para describir el dolor postoperatorio antes del empleo de técnicas analgésicas y treinta minutos después de esa aplicación, en una muestra de 40 pacientes sometidos a diferentes intervenciones quirúrgicas⁽¹⁷⁾.

McDonald y Weiskopf⁽²⁸⁾ indican que la mayor frecuencia de palabras de la dimensión sensitiva al describir el dolor postoperatorio puede ser justificada, en parte, por la desproporcionalidad en la cantidad de palabras en cada agrupamiento del cuestionario.

Sin embargo, también podemos notar la presencia de descriptores de la dimensión afectiva durante la caracterización del dolor, señalando la presencia de aspectos relacionados a la tensión, miedo y a respuestas neurovegetativas que se encuentran en la experiencia dolorosa⁽²⁹⁾.

Estos hallazgos señalan la importancia de la evaluación multidimensional de la experiencia dolorosa. El abordaje biopsicosocial del dolor es necesario una vez que el procedimiento quirúrgico es frecuentemente percibido como un momento muy difícil para el paciente y sus familiares. En ese escenario, el enfermero tiene papel fundamental en la monitorización perioperatoria del dolor, objetivando el diagnóstico, la planificación, la implementación y la evaluación de procesos y resultados, con el objetivo de alcanzar la pronta recuperación de los pacientes y la reducción del sufrimiento. Para eso, es necesario conocer la subjetividad del otro y comprenderlo en su multidimensionalidad.

Todavía no se sabe, claramente, el motivo por el cual la alta frecuencia de pacientes refieren dolor de elevada intensidad en el periodo postoperatorio, pero se cree que la causa es multifactorial, incluyendo: escasez de evaluación y documentación del dolor; ausencia de protocolos específicos para manejar el dolor postoperatorio; deficiencia en la gestión de los programas de educación en dolor para profesionales de salud; uso reducido de técnicas analgésicas eficaces, y baja adhesión a las directrices disponibles sobre el manejo del dolor⁽³⁰⁾.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio evidenciaron que el dolor postoperatorio es una experiencia altamente frecuente entre mujeres sometidas a cesárea y se manifiesta con intensidad clínicamente inaceptable, o sea, que puede traer perjuicios al binomio madre hijo en el período postoperatorio inmediato.

La dimensión del dolor expresado por los descriptores utilizados con mayor frecuencia en la descripción del dolor después de la cesárea es la sensitiva discriminadora, sin embargo, otros descriptores de la dimensión afectiva motivacional también fueron escogidos, apuntando la multidimensionalidad de la experiencia dolorosa, lo que alerta para la importancia del abordaje biopsicosocial en la elección de la terapéutica analgésica y de los cuidados preventivos en el perioperatorio.

Esas evidencias nos hacen reflexionar sobre la insuficiencia de las acciones en el alivio del dolor postoperatorio, hecho que indica la necesidad urgente de remodelar la forma como los profesionales del equipo de salud vienen realizando la administración del dolor en el escenario quirúrgico, contribuyendo en la elección, manutención o sustitución de la terapéutica analgésica e implementación de cuidados, objetivando la prevención de la ocurrencia de ese tipo de dolor y, consecuentemente, de los perjuicios asociados al tratamiento inadecuado de esa experiencia.

REFERENCIAS

1. Ward CW. Procedure-specific postoperative pain management. *Medsurg Nurs*. 2014;23(2):107-10.
2. Loos MJ, Scheltinga MR, Mulders LG, Roumen RM. The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. *Obstet Gynecol*. 2008;111(4):839-46.

3. IASP. Associação Internacional Para Estudo da Dor. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos [internet]. Seattle: IASP Press; 2010 [citado 2016 set 05]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf>
4. VanDenKerkhof EG, Peters ML, Bruce J. Chronic pain after surgery: time for standardization? A framework to establish core risk factor and outcome domains for epidemiological studies. *Clin J Pain*. 2013;29(1):2-8.
5. Sng BL, Sia AT, Quek K, Woo D, Lim Y. Incidence and risk factors for chronic pain after caesarean section under spinal anaesthesia. *Anaesth Intensive Care*. 2009;37(5):748-52.
6. Cançado TOB, Omaris M, Ashmawi HA, Torres MLA. Dor crônica pós-cesariana. Influência da técnica anestésico-cirúrgica e da analgesia pós-operatória. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;62(6):762-774.
7. Beiranvand S, Noparast M, Eslamizade N, Saeedikia S. The effects of religion and spirituality on postoperative pain, hemodynamic functioning and anxiety after cesarean section. *Acta Med Iran*. 2014;52(12):909-15.
8. Pan PH, Coghill R, Houle TT, Seid MH, Lindel WM, Parker RL, et al. Multifactorial preoperative predictors for postcesarean section pain and analgesic requirement. *Anesthesiology*. 2006;104(3):417-25.
9. IASP. International Association for the Study of Pain [internet]. IASP Taxonomy. 2012 [cited 2016 jun 22]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Sensitization>>
10. Gadsden J, Hart S, Santos AC. Post-cesarean delivery analgesia. *Anesth Analg*. 2005;101(5):62-9.
11. Eisenach JC, Pan P, Smiley RM, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Resolution of pain after childbirth. *Anesthesiology*. 2013;118(1):143-51.
12. Sousa L, Pitangui ACR, Gomes FA, Nakano MAS, Ferreira CHJ. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(6):741-7.
13. Nikolajsen L, Sorensen HC, Jensen TS, Kehlet H. Chronic pain following caesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2004;48(1):111-6.
14. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Censo Demográfico 2010: População estimada 2014. 2010 [citado 2015 mar 22]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=520870>>.
15. Sociedade Americana de Anestesiologia. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology*. 2012;116(2): 248-73.
16. Ferraz MB, Quaresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1990;17(8):1022-4.
17. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1987;30(2):191-7.
18. Costa LCM, Mahera CG, McAuley JH, Hancock MJ, Oliveira WM, Azevedo DC, et al. The Brazilian-Portuguese versions of the McGill Pain Questionnaire were reproducible, valid, and responsive in patients with musculoskeletal pain. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011; 64(8):903-12.
19. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [internet]. 2013 [citado 2013 jan 21]. Disponível em <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>>.

20. Buhagiar L, Cassar OA, Brincat MP, Buttigieg GG, Inglott AS, Adami MZ, et al. Predictors of post-caesarean section pain and analgesic consumption. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2011;27(2):185-91.
21. Karlstrom A, Engstrom-Olofsson R, Norbergh KG, Sjoling M, Hildingsson I. Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(5):430-40.
22. Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dor: princípio e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
23. Woolf CJ. Recent advances in the pathophysiology of acute pain. *Br J Anaesth*. 1989;63(2):139-46.
24. Lovich-Sapola J, Smith CE, Brandt CP. Postoperative pain control. *Surg Clin North Am*. 2015;95(2):301-18.
25. Santos FDRP, Nunes SFL, Silva JPd, Silva RMO, Viana RP, Pereira VO, et al. Dor em pacientes no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais. *Rev Ciênc Ext [Internet]*. 2014 [citado 2015 abril 23]; 10(3):99-107. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/download/926/1042>.
26. Katz J, Poleshuck EL, Andrus CH, Hogan LA, Jung BF, Kulick DI, et al. Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. *Pain*. 2005;119:16-25.
27. Fortin JD, Schwartz-Barcott D, Rossi S. The postoperative pain experience: a description based on the McGill Pain Questionnaire. *Clin Nurs Res*. 1992;1(3):292-304.
28. McDonald DD, Weiskopf CS. Adult patients' postoperative pain descriptions and responses to the Short-Form McGill Pain Questionnaire. *Clin Nurs Res*. 2001;10(4):442-52.
29. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor de McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enf USP*. 1996;30(3):473-83.
30. Wu CL, Raja SN. Treatment of acute postoperative pain. *Lancet*. 2011;377(9784):2215-25.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia