



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

FOLIO DE INVESTIGACION 461.2009

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ISSSTE

HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE

Evaluación integral del paciente de 1º vez versus subsecuente en la clínica del dolor del Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN:

ANESTESIOLOGIA

PRESENTA:

DRA. IVETTE ALEJANDRA CUETO ZOROLA

ASESOR

DR. BERNARDO SOTO RIVERA

COASESOR

DRA. CELINA TRUJILLO ESTEVES

Facultad de Medicina



MEXICO, D.F.

FEBRERO 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

FOLIO INVESTIGACION 461.2009

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ISSSTE

HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE

Evaluación integral del paciente de 1º vez versus subsecuente en la clínica del dolor del Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN:

ANESTESIOLOGIA

PRESENTA:

DRA. IVETTE ALEJANDRA CUETO ZOROLA

ASESOR

DR. BERNARDO SOTO RIVERA

COASESOR

DRA. CELINA TRUJILLO ESTEVES

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2010

Evaluación integral del paciente de 1º vez versus subsecuente en  
la clínica del dolor del Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE

Dr. Ricardo Juárez Ocaña  
Coordinador de Capacitación, Desarrollo e Investigación  
Hospital Regional 1º de Octubre

M en C. José Vicente Rosas Barrientos  
Jefe de Investigación  
Hospital Regional 1º de Octubre

Dr. Bernardo Soto Rivera  
Jefe del Servicio de Anestesiología  
Profesor titular del curso de Anestesiología  
Hospital Regional 1º de Octubre  
Asesor de tesis

Dra. Celina Trujillo Esteves  
Profesora Adjunta del Curso Anestesiología  
Hospital Regional 1º Octubre  
Coasesor de Tesis

## AGRADECIMIENTOS

A Dios, por toda la paciencia y persistencia que da, esperando coincidir con él en los propósitos que me guarde.

A mis Padres, por la vida, el amor, los principios que me inculcaron y todo el apoyo que me han brindado.

A mi Hija Camila, por ser el motor que me permitido continuar y lograr esta meta. Besos.

A mi esposo Maximiliano, por alentarme a iniciar este proyecto que ahora en vez de terminar solo comienza, descansa en paz.

Con agradecimiento, respeto y admiración a los médicos anesthesiólogos que fueron mis maestros por brindarme sus enseñanzas y experiencias; y ser guías y ejemplos invaluable en mi formación como persona y profesional.

A mis asesores de tesis por su paciencia y comprensión.

A mis compañeros y amigos de generación, por acompañarme cada día de la residencia y hacerla más fácil.

## ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
I. Introducción	4
II. Objetivos	17
III. Planteamiento del problema	18
IV. Justificación	19
V. Hipótesis	20
VI. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	21
VII. Diseño de estudio	22
VIII. Material y métodos	23
IX. Resultados	26
X. Discusión	30
XI. Conclusiones	32
XII. Bibliografía	33

## RESUMEN

El dolor es un problema frecuente que afecta a nuestra sociedad, además perjudica a personas de cualquier edad sin importar el sexo, creencias y estado socioeconómico. Para mejorar la atención referente al dolor en el Hospital Regional 1º de Octubre se creó la clínica del dolor, sin embargo, no se cuenta con datos generales y particulares del paciente que acude a dicha clínica.

## OBJETIVO

Reportar el grado de disminución del dolor al mes de inicio del tratamiento de los pacientes de primera vez en la clínica del dolor, con relación al tratamiento recibido.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron los expedientes de los pacientes de primera vez que acuden a la clínica del dolor, durante el mes de agosto de 2009, con evaluación a la segunda visita a los 15 días y al mes.

## RESULTADOS

Se encontró una media de 8 en el EVA, el cual es ligeramente mayor en los pacientes oncológicos. Al hacer una correlación con el grado de intensidad de dolor inicial y al mes se encontró una disminución del EVA en promedio de 3 a 4 puntos.

## CONCLUSION

En la evaluación general se encontró una disminución del dolor en promedio de 3 a 4 puntos en la escala de EVA, refiriéndose efectos colaterales mínimos. Es necesario evaluar el seguimiento de los pacientes por más tiempo para tener una mejor perspectiva de la evolución de los mismos considerando el corto tiempo de su inicio de tratamiento y valoración.

## PALABRAS CLAVES

Dolor, clínica del dolor, escala visual análoga (EVA)

## ABSTRACT

The pain is a usual problem that affect our society, also damage to people of any age whitout care sex, religions and socioeconomic status. To improve care for referring to pain in the Regional Hospital October 1 was created pain clinic, however, there are no general data and individual patient who comes to the clinic.

## OBJETIVE

Report the degree of decrease in pain one month after treatment initiation for first time patients in the pain clinic in relation to the treatment received.

## MATERIALS AND METHODS

We evaluated the file of patients first attending the pain clinic during the month of August 2009. Whit evaluation in the second visit to 15 days and month.

## RESULTS

Was found an average of 8 in the VAS, which is slightly higher in the cancer patients. By making a correlation with the degree of initial pain intensity and a month there was a decrease in VAS in average of 3 to 4 points.

## CONCLUSION

The general evaluation of patients to compare the degree of reduction in pain intensity was found a decrease of the average 3 to 4 points on the VAS, meaning minimal collateral effects. It is necessary to evaluate the monitoring of patients for a longer time to get a better perspective of their evolution considering the short time of initiation of treatment and valuation.

## KEY WORDs

Pain, pain clinic, scale visual analog (SVA).



“DICEN QUE EL DOLOR, ES EL HIJO DEL AIRE Y DE LA TIERRA, QUE SON ELEMENTOS INDISPENSABLES PARA LA VIDA; DICEN... QUE SE VISTE CON AMPLIOS ROPAJES BLANCOS Y EMBLADE UN PUÑAL, Y QUE SE HERMANA CON AQUELLA QUE VISTE DE NEGRO Y SIEMPRE LLEVA UNA GUADAÑA...”

LEYENDA MAYA

## INTRODUCCION

El dolor es un problema frecuente que afecta a nuestra sociedad; <sup>1, 2, 3,4</sup>, tiene diferentes formas y diversas caras, su presencia daña nuestra capacidad de relacionarnos con quienes nos rodean, nuestras actividades diarias y nuestra economía. Además perjudica a personas de cualquier edad sin importar el sexo, edad, creencias y estado socioeconómico. Así mismo, su ocurrencia repercute en el núcleo familiar y social, ya que estos se presentan diversos sentimientos ante el sufrimiento en que se encuentra el paciente con dolor. <sup>2</sup>

En la antigüedad clásica, el concepto del dolor expresaba sobre todo el de una alteración en el equilibrio entre los diferentes humores que constituían el organismo, si bien quedaba mejor caracterizado como un substrato de alerta o de defensa que como elemento negativo per se. <sup>5</sup>

A través de los últimos cincuenta años, el tema del dolor y su tratamiento ha alcanzado un reconocimiento mundial, no solamente como una especialidad de la Medicina, sino como un tema importante para la investigación científica y el análisis filosófico.

Como consecuencia de dicho interés, su estudio y desarrollo ha sido considerado desde la perspectiva de diversas disciplinas, con el fin de progresar en el entendimiento científico y humanitario de esa condición y consecuentemente optimizar su tratamiento. Las perspectivas mencionadas incluyen el análisis bio-psicológico, el tratamiento multidisciplinario, las teorías sobre neuromodulación, el aspecto paliativo, la metodología de análisis de la conducta cuando existe el dolor y las estrategias psicológicas. <sup>1, 6,7</sup>

Recientemente un análisis humanístico y legal reconoce el dolor como el más terrible flagelo del género humano desde sus mismos orígenes <sup>1,8</sup> y una enfermedad "per se" <sup>1,9</sup>. Simultáneamente a la exposición de los anteriores conceptos, se ha promovido el reconocimiento mundial del *Tratamiento del Dolor como un Derecho Fundamental de los Seres Humanos*. <sup>1,8</sup>

Sin embargo, de fundamental relevancia en nuestros días promover el reconocimiento explícito del Tratamiento del Dolor como un Derecho Humano Fundamental, primero por cuestión de principios y segundo como consecuencia del reconocimiento de que el dolor crónico constituye una enfermedad “Per se”.

Aún y cuando nuestro entendimiento del significado de “*dolor*” ha llegado a alcanzar un amplio espectro de conceptos, no sería prudente el pretender incluir en su definición todas las particularidades biológicas, psicológicas, científicas, filosóficas y humanísticas arriba mencionadas, sin embargo, el reconocimiento de ciertos tipos de dolor como *una enfermedad “per se”* amerita el ser incluido dentro de la definición de “*dolor*” del siglo XXI.<sup>1, 5,7</sup>

Cada individuo aprende el significado de la palabra dolor a través de la experiencia personal; tiene múltiples causas, diversas características anatómicas y fisiopatológicas, y variadas interrelaciones con aspectos psicológicos y culturales. Esto hace que su definición sea difícil y que la terminología usada en relación al dolor sea fuente permanente de confusiones, entabando la comunicación y comparación de resultados<sup>1, 9,10</sup>

La definición de “*dolor*” más ampliamente aceptada es sin lugar alguno la provista por la (International Association for the Study of Pain) IASP, la cual, aunque se reconoce correcta y apropiada, contempla solamente sus aspectos sintomatológicos:

***Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma***<sup>10, 11</sup>

Lo anterior nos hace reflexionar en que el dolor es una experiencia, es decir, el hecho de haber sentido, vivido o presenciado algo relacionado con los órganos de los sentidos y con las emociones. De tal forma que el dolor, además de los procesos biológicos que lo transmiten, también repercute en nuestros sentimientos y cosmovisión.<sup>2, 10,12</sup>

Los síntomas son experiencias intrínsecamente subjetivas, por lo que la información aportada por el propio paciente es considerada el gold estándar de la evaluación sintomática.<sup>13</sup>

Para facilitar las comunicaciones e interpretación de los trabajos, la IASP ha desarrollado una taxonomía del dolor que lo describe en cinco rubros.

**Tabla 1. Requisitos taxonómicos para caracterizar el dolor\***

- 1.- Región afectada.
- 2.- Sistema involucrado.
- 3.- Características temporales del dolor.
- 4.- Intensidad declarada por el paciente.
- 5.- Etiología.

\* International Association for the Study of Pain.

Algunas otras definiciones propuestas por la IASP para promover un lenguaje común entre los distintos especialistas que trabajan con pacientes con dolor y que vale la pena incluir en este capítulo introductorio para evitar confusiones y repeticiones, aparecen en la siguiente tabla.

**Tabla 2. Definiciones para algunos términos relacionados al dolor\***

- **Alodinia:** dolor secundario a un estímulo que normalmente no desencadena dolor. La definición implica un cambio cualitativo en la sensación para diferenciarlo de una hiperestesia.
- **Analgesia:** ausencia de dolor en respuesta a estímulos que normalmente provocarían dolor. El término es excluyente, por lo que la persistencia de dolor luego de la administración de un analgésico no debiera denominarse analgesia insuficiente sino alivio parcial.
- **Causalgia:** síndrome caracterizado por dolor quemante sostenido, alodinia e hiperpatía, que aparece luego de una lesión traumática de un nervio, síntomas frecuentemente acompañados de alteración de la función vaso y sudo motoras y eventualmente cambios tróficos en la piel, fanéreos y músculos.
- **Disestesia:** sensación anormal, desagradable, espontánea o provocada.
- **Estímulo nocivo:** aquel potencial o efectivamente dañino a los tejidos.
- **Hiperestesia:** aumento de la sensibilidad al estímulo.
- **Hiperalgnesia:** respuesta aumentada a un estímulo que normalmente provoca dolor. Es un caso especial de hiperestesia.
- **Hiperpatía:** síndrome doloroso con aumento de la reacción al estímulo, especialmente uno repetitivo, y un aumento del umbral. Usualmente hay una alteración en la localización e identificación del estímulo.
- **Hipoalgnesia:** sensación disminuida a estímulos nocivos. Es una forma especial de hipoestesia.
- **Hipoestesia:** sensación disminuida ante un estímulo, excluyendo sentidos especiales, como visión, audición, olfato y gusto.
- **Nociceptor:** receptor preferentemente sensible a estímulos nocivos o a un estímulo que sería nocivo si se prolonga suficientemente.
- **Parestesia:** sensación anormal, espontánea o provocada, pero que no es considerada desagradable, para diferenciarla de una disestesia, siendo esta última una forma especial de parestesia.

\* International Association for the Study of Pain.

El dolor puede ser agudo o crónico, neoplásico y no neoplásico. Esta división tiene obvias implicancias en torno a la etiología, mecanismos, fisiopatología, sintomatología y función biológica. Sin embargo, quizás de mayor importancia son las implicancias de tipo diagnóstico y terapéutico.

**Tabla 3. Clasificaciones del dolor basadas en origen, evolución y mecanismo\***

Origen	Evolución	Mecanismo
Oncológico	Agudo	Somático
No Oncológico	Crónico	Neuropático
		Psicogénico
* Las categorías no son excluyentes.		

Dolor agudo. Aquel causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras.

Si bien los factores psicológicos tienen una importantísima influencia en la manera en que se experimenta el dolor agudo, con raras excepciones éste no obedece a causas psicopatológicas o ambientales. Esto contrasta con el dolor crónico, en el que estos factores juegan un papel principal. El dolor agudo asociado a una enfermedad previene al individuo de que algo anda mal. En algunos casos, el dolor limita la actividad, previniendo un daño mayor o ayudando a la curación. Sin embargo, el dolor agudo persistente e intenso puede ser deletéreo en sí mismo, con efectos potencialmente dañinos que se manifiestan con una respuesta neuroendocrina generalizada y a nivel de diversos sistemas.

Dolor crónico. La persistencia del estímulo, de la enfermedad, o de ciertas condiciones fisiopatológicas, puede conducir al establecimiento de un dolor crónico. Bonica lo define como aquel dolor que persiste por más de un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo razonable para que sane una herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente.

- Dolor somático es aquel que aparece cuando un estímulo potencialmente dañino para la integridad física excita los receptores nociceptivos. Estrictamente, debiera incluir el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no sean

nervios o sistema nervioso central; sin embargo, frecuentemente se habla de dolor somático propiamente tal cuando los receptores están en la piel, músculos o articulaciones, y de dolor visceral cuando los receptores activados por el estímulo están en una víscera. El dolor somático es habitualmente bien localizado y el paciente no tiene grandes dificultades en describirlo. El dolor visceral, en cambio, es frecuentemente menos localizado y puede ser referido aun área cutánea que tiene la misma inervación

- Dolor neuropático es el que resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente. El paciente frecuentemente usa términos poco usuales para describirlo, por ser una experiencia nueva. Los síntomas pueden ser focales o más generalizados. Característicamente, el síntoma se presenta como una sensación basal dolorosa o quemante (disestesia), con hiperalgesia (respuesta exagerada) o percepción de un estímulo cualquiera como doloroso (alodinia). Estos términos se agrupan en el de hiperpatía y son característicos de una hipersensibilidad alterada

**Tabla 4. Comparación entre el dolor somático y neuropático**

	<b>Somático</b>	<b>Neuropático</b>
<b>ESTIMULO NOCICEPTIVO</b>	Generalmente evidente	No hay estímulo obvio
<b>LOCALIZACION</b>	Bien localizado Visceral puede ser referido	Generalmente difuso.
<b>CARACTERISTICAS</b>	Similar a otros en la experiencia del paciente.	Inhabitual, distinto
<b>EFECTO DE NARCOTICOS</b>	Bueno	Alivio parcial
<b>EFECTO DE PLACEBOS</b>	20% - 30%	60%

- Dolor psicogénico ocurre cuando el paciente describe problemas psicológicos como ansiedad o depresión en términos de daño tisular, verbalmente o a través de su comportamiento. Si bien el daño puede o pudo existir, el problema central

es la amplificación y distorsión de esos impulsos periféricos por el estado psicológico.

No hay que olvidar que el dolor psicógeno forma parte de los síndromes dolorosos crónicos, que es real y que precisa de un tratamiento específico por psiquiatría.<sup>5</sup>

El dolor crónico es un problema de salud común, se ha documentado que su prevalencia internacional esta en un rango de 8 a 80%. Y una prevalencia media en la población general del 15 %<sup>4, 14,15</sup>

Podemos estimar que cerca de 15.5 millones de mexicanos padecen de dolor crónico.<sup>14</sup>

David Niv correctamente puntualiza: “El dolor crónico no de deberá de ser considerado como un simple síntoma, como es el caso cuando se habla de dolor agudo, debido a que en contraste con éste último, el dolor crónico se debe a mecanismos fisiológicos diferentes, crea las bases para que aparezca un conjunto complejo de cambios fisiológicos y psicológicos los cuales son una parte integral del problema y que potencian grandemente el sufrimiento del paciente con dolor”<sup>16</sup>

Otro argumento que habla a favor del reconocimiento del dolor crónico como una enfermedad “per se”, aparte de las conceptualizaciones de carácter social o epidemiológico, emerge de la misma esencia de la definición de “Salud” reconocida y aceptada por la Organización Mundial de la Salud:

***“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”<sup>17</sup>***

Por lo tanto, en conclusión, si una persona es víctima del dolor crónico no tiene “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, teniendo consecuentemente él o ella “un deterioro de la salud” lo cual se define como enfermedad. Así pues, adhiriéndonos en forma extrita a los términos definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llega a la conclusión de que el dolor crónico constituye una enfermedad “per se”.<sup>1,18</sup>

Esta enfermedad modifica de forma significativa las condiciones de vida de los enfermos que lo padecen y deteriora considerablemente su funcionalidad.<sup>3</sup>

Se ha apreciado que los adultos mayores informan con mayor frecuencia dolor crónico y que la intensidad del dolor se eleva con la edad. Lo anterior presenta



especial relevancia debido a que se ha registrado que el número de adultos mayores a nivel mundial se ha incrementado considerablemente.

El dolor crónico interfiere con la capacidad funcional del individuo, afecta a los sistemas de salud y presenta una asociación directamente proporcional entre su prevalencia y número de adultos mayores.<sup>3</sup>

Diferentes estudios reportan cifras de prevalencia que van desde 25 hasta 88% en sujetos mayores de 65 años, lo cual es aproximadamente el doble que en pacientes más jóvenes. La prevalencia aumenta conforme avanza la edad, es mayor en mujeres y en aquellos con escolaridad baja.

Se ha encontrado una asociación importante entre dolor y algunas de las enfermedades más frecuentes en el adulto mayor, como son las enfermedades articulares, la cardiopatía isquémica, el cáncer, las neuropatías y las fracturas.

Otra de las principales causas de mortalidad en la población mexicana es la diabetes mellitus. Se ha estimado que su prevalencia nacional en la población general es del 8% y estudios internacionales han reportado que cerca del 24% de estos enfermos desarrollarán poli neuropatía diabética dolorosa. Con este marco de referencia, se ha estimado que cerca de 2 millones de mexicanos padecen dolor de tipo neuropático o neurogénico por esta causa.<sup>4</sup>

También se ha encontrado que el dolor se asocia con la presencia de otras condiciones frecuentes durante el envejecimiento, como son el deterioro cognoscitivo, los trastornos del sueño, disminución en la funcionalidad, la baja socialización, la depresión y el deseo de muerte.<sup>19</sup>

En México, como en el resto del mundo, se está presentando el fenómeno del envejecimiento poblacional. En el año 2000, la población de 65 años o más representaba 4.6% (4.6 millones de personas) de la población total y según las proyecciones del consejo nacional de población (CONAPO) en el 2050 será 21.3% (27.5 millones de personas).<sup>20</sup>

La relación entre el incremento de la población de adultos mayores y el aumento de la prevalencia del dolor crónico es de vital importancia en la elaboración de futuros programas de atención en salud. Dado que el dolor con frecuencia resulta infratratado, es necesario generar lineamientos que favorezcan su correcto diagnóstico y tratamiento óptimo.<sup>19</sup>

En diversos países con sistemas socializados de atención médica se han tomado medidas para promover la óptima con los recursos y la calidad en la atención. Se ha señalado que el costo asociado es de \$12900 a 18833 USD por individuo. Por lumbalgia, en el Reino Unido anualmente se erogan de 11 a 20.6 billones de USD. Estos elementos sugieren que los costos asociados a la

atención de este síntoma exceden a los del cáncer, sida y enfermedad coronaria.<sup>12,19</sup>

Hasta el momento no existen publicaciones que expliquen la situación de los adultos mayores en México en relación con el dolor, pero indirectamente podríamos darnos una idea de la situación actual mediante la publicación de Tapia-Conyer y colaboradores, quienes encontraron que la prevalencia en el consumo de opiodes en mexicanos de 6-65 años de edad es de 6.7% en las mujeres y 5.2% en los hombres, que representan a aquellas personas con dolor moderado a severo con acceso a este tipo de medicamentos.<sup>20,21</sup>

Las diferencias respecto a la percepción del dolor entre hombres y mujeres ha llamado la atención de varios grupos de investigadores y se ha sugerido que posiblemente las hormonas sexuales desempeñen un papel en el proceso nociceptivo. Así mismo, mientras algunas investigaciones señalan que las mujeres presentan mayor intensidad del dolor en relación con los hombres, otras no reportan diferencia significativa respecto al sexo.<sup>22, 23</sup>

Ciertas investigaciones en relación con el manejo del dolor señalan que los pacientes con dolor crónico presentan generalmente algún tipo de limitación de la actividad física.

El malestar que la mayoría de los casos es secundario e una enfermedad, es la causa más frecuente de incapacidad crónica y de que los pacientes busquen atención. Se considera que alrededor de 14% de la población restringe sus actividades mayores como no asistir al trabajo o llevar una vida independiente a causa de ello.<sup>24</sup>

La mayoría de los costos se refiere a pérdidas de la productividad debido a la baja por enfermedad, en general el pronóstico para el retorno al trabajo es bueno, pero la mayoría se ausenta largos plazos del trabajo y estos problemas están relacionados con un aumento en la búsqueda de la atención médica. Y habitualmente la atención médica primaria y ambulatoria de los pacientes no está encaminada para el retorno al trabajo.<sup>6</sup>

Algunos estudios reportan que el dolor afecta en mayor o menor intensidad el desarrollo de actividades de la vida diaria, las más limitadas fueron: estudiar o realizar tareas de la casa, calidad del sueño, trabajar fuera de casa, caminar de prisa, estado de ánimo, así como energía y vitalidad. Respecto a la intensidad del dolor se encontró que la mayoría de los pacientes con dolor crónico refieren dolor de moderado a severo.<sup>25</sup>

Se ha registrado que la edad promedio de los pacientes que acuden a las clínicas del dolor presenta variaciones geográficas.

Por otra parte, un numero considerable de pacientes que asisten por primera vez a una clínica del dolor padece dolor crónico, en el cual interactúan dinámicamente factores biológicos, psicológicos y sociales. Diversas investigaciones han demostrado el papel de los factores psicológicos en la experiencia y expresión del dolor crónico.<sup>24, 26</sup>

Los pacientes con dolor crónico suelen tener elevados niveles de ansiedad o depresión, cogniciones desadaptativas o pobres estrategias de enfrentamiento.

Existen diversas razones por las que resulta importante identificar la ansiedad y la depresión: la ansiedad disminuye el umbral y la tolerancia al dolor; ambas se asocian con la magnificación de los síntomas médicos; la depresión se acompaña de pobre respuesta al tratamiento. Así mismo, el malestar emocional se ha asociado con la manifestaron de síntomas físicos a través de la activación autonómica del estado de alerta o la exacerbación de los síntomas existentes.<sup>10, 26</sup>

En diversos estudios que valoran pacientes con dolor crónico, en forma recurrente se ha encontrado mayor prevalencia de ansiedad que en la población general, según la serie, va de 22 a 78%. También se ha señalado mayor sintomatología depresiva en estos pacientes que en la población general. Investigaciones donde se analiza el dolor de espalda baja describen índices de trastorno depresivo mayor que van de 34 a 57%, en comparación con 5 a 26% en la población general.<sup>26</sup>

Si bien en México el cáncer es una de las primeras causas de mortalidad, la morbilidad nacional corresponde predominantemente a causas no oncológicas. De acuerdo al instituto mexicano del seguro social, entre los 10 principales motivos de consulta en medicina familiar se encuentra diabetes mellitus, traumatismos, dorsopatias y artrosis.

En este sentido se ha caracterizado que los pacientes con dolor no maligno presentan con mayor frecuencia dolor neuropático. En series internacionales se ha estimado que aproximadamente 1 de cada 3 individuos en el mundo será diagnosticado con cáncer, y cerca del 90% de los enfermos con cáncer en algún momento tendrán dolor, el cual es predominantemente somático. En aproximadamente dos terceras partes de los pacientes con cáncer el dolor esta directamente relacionado con las presencia de la enfermedad primaria o metastasica; y otra tercera parte el dolor está relacionado con síndromes causados con el tratamiento, incluyendo secuelas de la cirugía, radiación o quimioterapia y otras causas relacionadas como osteoporosis, inmovilidad e infecciones.

El dolor por cáncer puede ser controlado en el 80% de los casos con tratamiento simple. En el 20% restante, es importante usar un tratamiento multidisciplinario.<sup>27</sup>

Esto es importante si consideramos que el cáncer ocupa una de las primeras causas de mortalidad en México. Una estrategia sanitaria que permita la atención óptima de estos enfermos requiere la identificación y caracterización del problema de salud que enfrenta.

Debido a la elevada prevalencia y a la complejidad de los mecanismos que producen el dolor; así como, a la dificultad que representa su correcta identificación, caracterización y tratamiento; es necesario contar con especialistas en medicina que sean capaces de controlar esta entidad. Es así como surgen de grupos de médicos en todo el mundo con el propósito de iniciar la lucha contra el dolor.

Los esfuerzos tendientes a lograr este objetivo inician durante la primera mitad del siglo XX con un médico estadounidense de nombre John J. Bonica, quien se interesó por ahondar en el estudio del dolor. Creando la primera clínica del dolor en 1949. Posteriormente, en 1947, el Dr. Duncan Alexander hizo lo propio. La creación de estas clínicas promovió el surgimiento de muchas más. El Dr. Bonica en 1947 fundó la primera organización enfocada al estudio y tratamiento del dolor (IASP) y promovió mundialmente la educación especializada de los médicos que pretendían dedicarse a este campo.<sup>28</sup>

En nuestro país, la lucha contra el dolor inicia con el Dr. Vicente García Oliviera, en 1953, bajo la tutela del Dr. Alexander. El Dr. Oliviera logra transmitir sus enseñanzas y su visión del manejo del dolor y resultado de esto se fundó la primera clínica del dolor en nuestro país en el año de 1972, por el Dr. Ramón De Lille Fuentes en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubiran".<sup>29</sup> Este desarrollo condicionó que en 1998, el Consejo Americano de Especialidades Médicas incluyera a la medicina del dolor como una subespecialidad.

La algología es un postgrado para médicos especialistas en anestesiología, los cuales se encargan de atender a aquellas personas que sufren cualquier enfermedad capaz de producir dolor, tanto agudo como crónico; y a quienes no obstante la prescripción de múltiples manejos médicos, no consiguen el control óptimo del dolor, sin importar que estos pacientes se encuentren hospitalizados o en el consultorio.<sup>3,15</sup>

En un estudio realizado sobre las creencias de los pacientes con dolor crónico, se observó que la mayoría de las creencias no son deseables. De los evaluados el 41% creen que son capaces de controlar su dolor, el 49% considera la atención hacia el dolor de los demás deseable, el 51% asocia la

presencia de dolor crónico con la presencia de lesiones físicas, el 56.9% reconoce la relación entre sus emociones y la intensidad del dolor, e 57.5% cree que su dolor es la causa de su discapacidad y el 73.8% de los pacientes refiere la posibilidad de una cura para el dolor crónico.

En este estudio la comparación de las creencias de los pacientes con los profesionales de la salud ambos expresaron su firme creencia de un medico en una cura para el dolor crónico.

En 1990, el instituto de medicina de los Estados Unidos de America definió a las guías “guías de manejo” o “parámetros de práctica” como una serie de recomendaciones generadas en forma sistematizada con la finalidad de orientar al clínico en las decisiones cotidianas acerca de la atención en la salud de una situación medica específica. Dado que el conocimiento medico, las diversas técnicas y la tecnología, se encuentran en desarrollo continuo, resulta imposible pretender que el clínico posea todo el conocimiento existente acerca de una enfermedad y su terapéutica. Por esta razón, los parámetros de práctica deben de actualizarse y mejorarse continuamente.<sup>3</sup>

El tratamiento actual se basa en el concepto de una escala analgésica de la “Organización Mundial de la Salud” (OMS), que supone una estrategia secuencial para el uso de analgésicos y que constituye básicamente un marco de principios. Esta estrategia permite una flexibilidad considerable en la elección de fármacos específicos. El tratamiento farmacológico de los síntomas se complementa con un tratamiento dirigido a la propia enfermedad y otras medidas no farmacológicas.<sup>30</sup>

La parte más importante del método de la OMS, y la razón de su éxito, es el uso eficiente de opiáceos orales para el dolor moderado o intenso. La morfina es el opiáceo de referencia en el tercer escalón, frente al que se evalúan otros analgésicos.

Desde siempre la morfina ha suscitado miedo tanto en el público general como a los médicos. Los temores sobre una posible adicción, sedación excesiva y depresión respiratoria han tenido como resultado un rechazo generalizado o la infrautilización de este analgésico.

La somnolencia diurna, los mareos o la confusión mental son efectos secundarios típicos al inicio del tratamiento, pero remiten cuando los pacientes se estabilizan. También suelen remitir las nauseas y vómitos que pueden afectar hasta a las dos terceras partes de los pacientes al inicio del tratamiento con morfina. El principal efecto secundario que perdura con la morfina es el estreñimiento, exigiendo casi siempre el uso profiláctico de un laxante.<sup>30, 31,32</sup>

La misión de una clínica del dolor es brindar alivio, no solamente del dolor, sino también de los síntomas que se asocian a este o a su terapéutica, basándose en una atención integral que mejore la calidad de vida del paciente, cubriendo sus principales necesidades como un ser bio-psico-social. Además de los algólogos, una clínica del dolor está compuesta por psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras; puede contar con apoyo de otros especialistas de ser requeridos. Lo anterior asegura que el manejo del paciente tenga un enfoque multidisciplinario.<sup>2, 6,7</sup>

Los cuidados paliativos se definen como el cuidado integral de pacientes portadores de enfermedades progresivas que disminuyen tanto las expectativas como la calidad de vida y sus objetivos fundamentales son aliviar el sufrimiento y optimizar la calidad de vida.<sup>13</sup>

En el contexto del dolor crónico, su magnitud y posibles repercusiones han sido expuestas; la lucha contra el dolor es un esfuerzo permanente y constante; sin embargo, las características de los enfermos han sido poco documentadas. Por ello es importante generar información acerca de las particularidades de los grupos de los pacientes, para así integrar un tratamiento multidisciplinario basado en las diferentes necesidades de cada paciente.<sup>6</sup>

## OBJETIVOS

### General:

- Reportar el grado de disminución del dolor al mes de inicio del tratamiento de los pacientes de primera vez en la clínica del dolor, con relación al tratamiento recibido.

### Específicos:

- Reportar los diagnósticos de los pacientes de primera vez en la clínica del dolor
- Reportar las características socio demográficas de los pacientes de la clínica del dolor.
- Reportar el servicio que mayor pacientes refieren a la clínica del dolor
- Reportar las características del dolor
- Reportar si se encuentra mejoría de la capacidad funcional del paciente durante tratamiento en la clínica del dolor
- Reportar tratamientos utilizados en la clínica del dolor
- Reportar el grado de adherencia al tratamiento establecido
- Reportar los efectos colaterales

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El manejo del dolor en la actualidad es un referente para valorar la calidad de atención que se brinda dentro de un hospital, por lo que nuestro hospital creo desde hace más de un año la clínica del dolor.

El manejo del dolor se ha modificado de forma importante en los últimos meses, con el advenimiento de nuevas modalidades terapéuticas y la accesibilidad a manejos combinados.

Por lo anterior, es necesario contar con información reciente de las modalidades terapéuticas que se emplean en la actualidad en esta clínica, no contamos al momento actual con un reporte.



## JUSTIFICACIÓN

El dolor es un problema frecuente que afecta a nuestra sociedad, tiene diferentes formas y diversas caras, su presencia daña nuestra capacidad de relacionarnos con quienes nos rodean, nuestras actividades diarias y nuestra economía.

Para mejorar la atención referente al dolor en el Hospital Regional 1º de Octubre del 1 de octubre se creó la clínica del dolor, sin embargo, no se cuenta con datos generales y particulares del paciente que acude a dicha clínica.

Para poder mejorar, optimizar y eficientar los objetivos de la clínica del dolor, se requiere en principio realizar un diagnóstico situacional de las características de los pacientes que acuden a esta clínica, manejos establecidos, referencia de la mejoría del dolor, afectaciones y limitaciones en las actividades diarias.

Por lo mencionado anterior es necesario efectuar una evaluación a través de los expedientes que los pacientes que acuden a la clínica del dolor.

## HIPÓTESIS

Al mes de iniciado tratamiento se encuentra una disminución del 40% del dolor.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expedientes de pacientes que acuden a la clínica del dolor con las siguientes características:

1. Ser derechohabientes del instituto
2. pacientes de ambos sexo
3. Pacientes de primera vez y que cumplan con cita a los 15 días y al mes
4. paciente de cualquier edad
5. Pacientes ambulatorios
6. Que se cuente con cedula de la valoración del dolor

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Nota de valoración no realizada por medico de base de la clínica del dolor
2. Expediente que aunque este registrado en la clínica del dolor no se encuentre.
3. Expediente que no corresponda con el paciente
4. pacientes con retraso mental, demencia, factores cognoscitivos o síntomas que impidan se correcta valoración

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Expedientes mal referenciados a la clínica
2. Hojas de cedula de valoración del dolor incompleta o mal llenadas

## DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal analítico, observacional

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Medidas de frecuencia, Tendencia central y Dispersión, y se realizó pruebas de chi cuadrada y para las variables cuantitativas, pruebas para grupos independientes, dependiendo de su distribución, se aplicaron pruebas paramétricas y no paramétricas.

Se realizó un análisis estratificado por modalidad terapéutica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en el Hospital Regional 1º de Octubre, I.S.S.S.T.E., de la ciudad de México, con los expedientes de pacientes derechohabientes de la clínica del dolor, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se evaluaron los expedientes de los pacientes de primera vez que acuden a la clínica del dolor, durante el mes de agosto de 2009.

Se registraron los siguientes datos: servicio de referencia, diagnóstico de referencia a esta clínica, edad del paciente, sexo, religión, estado civil, intensidad del dolor con el que acude a primera vez referido en el EVA inicial, en la segunda visita a los 15 días y al mes, manejos establecidos para el mismo, así como los cambios realizados en las visitas, si es necesario algún medicamento de rescate, afectación y limitación de las actividades diarias y grado de adherencia al tratamiento y efectos colaterales por el mismo.

Se registraron los datos para su análisis estadístico, para poder concluir las características que predominan en esta clínica.

<b>VARIABLE (índice indicador)</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN.</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>CALIFICA CIÓN</b>	<b>FUENTE (en forma genérica)</b>
SEXO	Cualitativa	nominal	Características fenotípicas y genotípicas de los individuos	Masculino Femenino	Expediente
EDAD	Cuantitativa continua	Continua	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos	Expediente
Religión	Cualitativa	Nominal	creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural	Presente- ausente	Expediente
Estado civil	Cualitativa	Nominal	la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Presente Ausente	Expediente
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	Grado máximo de estudios	Completo- incompleto	Expediente
Diagnostico	Cualitativa	Nominal	procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome	Presente- ausente	Expediente
Servicio quien refiere	Cualitativa	Nominal	Especialidad medica quien refiere al paciente al servicio	Presente- ausente	Expediente
Tipo de dolor	Cualitativa	Nominal	La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a	Presente- ausente	Expediente

			su duración, patogenicidad, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la Farmacología.		
Intensidad del dolor	Cualitativa	Ordinal	Escala visual análoga (EVA)	0-10	Expediente
Capacidad funcional del paciente	Cualitativa	Ordinal	Capacidad funcional del paciente (ECOG) y escala de Karnofsky	0-5	Expediente
Tratamiento	Cualitativa	Nominal	Conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Son sinónimos terapia, terapéutico, cura, método curativo	Grupo analgésico	Expediente
Efectos colaterales	Cualitativa	Nominal	<i>cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada</i>	Presente-ausente	Expediente
Adherencia al tratamiento	Cualitativa	Nominal	Respuesta explícita del paciente a la pregunta si toma el medicamento	Si-no	Expediente

## RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional 1º de Octubre del 1 de agosto a 31 de septiembre del 2009.

Durante este periodo se lograron identificar 38 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, y con por lo menos una consulta subsecuente para valoración del dolor. Cabe aclarar que solo un paciente no cumplió con los criterios de inclusión.

Con relación a la intensidad del dolor al inicio esta fue de  $8 \pm 1.4$  y en la evaluación final fue de  $5.1 \pm 1.8$  ( $p < 0.0001$ ).

Las diferencias respecto a la percepción del dolor entre hombres y mujeres ha llamado la atención de varios grupos de investigadores y se ha sugerido que posiblemente las hormonas sexuales desempeñen un papel en el proceso nociceptivo.

Durante esta evaluación se encuentra con un ligero predominio en el sexo masculino con un 55.3%.

Cuadro 1: Características demográficas

		Frecuencia * (n= 38)
Sexo	Masculino	21 (55.3)
	Femenino	17 (44.7)
Estado civil	Soltero	7 (18.4)
	Casado	18 (47.4)
	Separado	1 (2.6)
	Unión libre	2 (5.3)
	Viudo	9 (23.7)
Escolaridad	Primaria	10 (26.3)
	Secundaria	11 (28.9)
	Preparatoria	5 (13.2)
	licenciatura	12 (31.6)

\* Se reportan frecuencia y porcentaje

Así mismo, mientras algunas investigaciones señalan que las mujeres presentan mayor intensidad del dolor en relación con los hombres, otras no reportan diferencia significativa respecto al sexo. En este estudio no se encuentra diferencia en la intensidad del dolor respecto al sexo. (Ver cuadro 2)

Cuadro 2. Intensidad del dolor por género



Sexo	Edad	Intensidad del dolor	Karnofsky
Masculino	61.76 ±17.3	8	80.6
Femenino	57.5 ±15.9	8	82.8

No se encontró diferencia estadísticamente significativas (p=0.0504)

El dolor crónico interfiere con la capacidad funcional del individuo, afecta a los sistemas de salud y presenta una asociación directamente proporcional entre su prevalencia y número de adultos mayores, y en aquellos con escolaridad baja. Esto se relaciona con los datos obtenidos, ya que la mayoría de los pacientes se encuentran en edades laboralmente activas con un promedio de 60 años, aun que se encontraron rangos de edad desde los 18 a los 90 años, en la escolaridad encontramos que el 28.9% concluyo secundaria y el 26.3% primaria. Se encuentra que el 97.4% de la población es de religión católica y de estado civil predomina la población casada con el 47% y el 23.7% viudos. (Ver cuadro 1).

El cáncer es una de las causas principales de mortalidad en México se encuentra una gran diferencia entre los pacientes que se consultaron con diagnostico oncológico y no oncológico siendo este ultimo el 84.2%. (Ver cuadro 3, no se encontró diferencias estadísticas significativas con valores de p=0.147 y de 0.469, respectivamente.)

Cuadro 3. Diagnósticos

Diagnostico	Edad	Intensidad del dolor	Karnofsky
No oncológico	59 ± 11	8	90
Oncológico	70.5 ±17	9	50

El servicio que mas refiere pacientes a esta consulta es ortopedia con el 31.6% y la causa que predomina es lumbalgia ya sea por canal estrecho o espalda fallida y con estos diagnostico se encuentra el 50% de los pacientes referidos a esta clínica durante este mes. (Ver cuadro 4 y 5).

Cuadro 4. Sitios de referencia de pacientes

	Frecuencia* (n=38)
Ortopedia	12 (31.6)
Rehabilitación	4 (10.5)
Reumatología	5 (13.2)
Med. Familiar	5 (13.2)
Neurología	1 (2.6)
Nefrología	1 (2.6)
Oncología	5 (13.2)
Cirugía	2 (5.3)
Cardiología	1 (2.6)
Med. Interna	2 (5.3)

\*Se reporta frecuencia y porcentaje

Cuadro 5. Diagnósticos más frecuentes.

Diagnóstico	Frecuencia* (n=38)
Artritis reumatoide	2 (5.26)
Cáncer(páncreas, gastro, mama, próstata, renal)	6 (15.7)
Lumbalgia (espalda fallida, conducto lumbar estrecho)	19 (50.0)
Túnel del carpo	2 (5.26)
Neuritis posherpética	2 (5.26)
Neuritis diabética	1 (2.63)
Sd. Doloroso	1 (2.62)
Fibromialgia	2 (5.26)
Gonartrosis	1 (2.63)
Cervicalgia	2 (5.26)

\*Se reportan frecuencia y porcentajes.

El tipo de dolor se encuentra con 44.7% tanto para dolor neuropático como mixto (Ver cuadro 6.) y el grado de intensidad del mismo medido con el EVA, se encuentra una media de 8 el cual es ligeramente mayor en los pacientes oncológicos y el grado de limitación en las actividades de la vida diaria medida con la escala de Karnofsky se encuentra en esta una media del 80%.

Cuadro 6. Tipo de dolor

	Frecuencia* (n=38)
Neuropático	17 (44.7)
Somático	4 (10.5)
Mixto	17 (44.7)

Al hacer una evaluación del grado de intensidad de dolor inicial y al mes se encontró una disminución del EVA en promedio de 3 a 4 puntos, lo cual representa una adecuada respuesta de los pacientes. Esto se correlaciona con los resultados de otras investigaciones en las que se ha encontrado la disminución de la intensidad del dolor en un 40% con tratamiento integral de los pacientes.

Con relación al manejo con opiodes es la base en el tratamiento de estos pacientes, el opioide que más se indico fue tramadol en el 47.3%, buprenorfina parche en un 13.15% y dependiendo del tipo de dolor y diagnostico, se manejo con otros medicamentos como neuromoduladores, antidepresivos, AINES. De igual manera se observo un tratamiento interdisciplinario con el apoyo tanto de psicología, acupuntura, terapia con laser, rehabilitación.

Los efectos colaterales que predominan durante este tratamiento son nauseas y vomito en mayor importancia, ya que estos son de las causas más importantes por las que los pacientes abandonan el tratamiento, aunque otro que sigue predominando es el estreñimiento. Se pudo observar que iniciando de manera gradual en manejo con opiodes se evitan o disminuyen los efectos colaterales de los pacientes.

Como se ha mencionado estos pacientes en su mayoría se encuentran con datos de ansiedad, angustia, estrés y depresión, se ha encontrado que una gran parte de los pacientes no acude adecuadamente a las citas con psicología lo que podría representar en resultados no óptimos en el tratamiento del paciente.

## DISCUSIÓN

La clínica del dolor del Hospital Regional 1º de Octubre, la cual inicio su funcionamiento el 12 de diciembre del 2008, tiene por misión absoluto respeto a la dignidad y autonomía de la persona, mejorar la calidad de la vida de los pacientes con presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable teniendo en cuenta sus necesidades físicas, psicológicas, afectivas, sociales y espirituales.

La visión de la misma es conformar un servicio interdisciplinario, selecto, comprometido y de vanguardia que proporcione atención humanística de alta calidad para el usuario en un ámbito de equidad y espíritu de servicio para el servicio del derechohabiente y de su familia. Teniendo como principal objetivo el derecho fundamental de mejorar la calidad de vida.

La misión de una clínica del dolor es brindar alivio, no solamente del dolor, sino también de los síntomas que se asocian a este o a su terapéutica, basándose en una atención integral que mejore la calidad de vida del paciente, cubriendo sus principales necesidades como un ser bio-psico-social. Además de los algólogos, una clínica del dolor está compuesta por psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras, puede contar con apoyo de otros especialistas de ser requeridos. Lo anterior asegura que el manejo del paciente tenga un enfoque multidisciplinario.<sup>2, 6,7</sup>

En este estudio se encuentra que los sujetos de estudio en la clínica del dolor predomina pacientes mayores de 60 años, lo cual corresponde a las estadísticas presentadas en diferentes estudios quienes reportan cifras de prevalencia que van desde 25 hasta 88% en sujetos mayores de 65 años, lo cual es aproximadamente el doble que en pacientes más jóvenes, como se puede apreciar la prevalencia aumenta conforme avanza la edad y en aquellos con escolaridad baja.<sup>4</sup>

Se ha encontrado una asociación importante entre dolor y algunas de las enfermedades más frecuentes en el adulto mayor, como son las enfermedades articulares, la cardiopatía isquémica, el cáncer, las neuropatías y las fracturas.

19

Durante el estudio realizado no se encontró una diferencia significativa respecto al sexo aunque en algunos estudios se ha encontrado.

Las diferencias respecto a la percepción del dolor entre hombres y mujeres ha llamado la atención de varios grupos de investigadores y se ha sugerido que posiblemente las hormonas sexuales desempeñen un papel en el proceso nociceptivo. Así mismo, mientras algunas investigaciones señalan que las mujeres presentan mayor intensidad del dolor en relación con los hombres, otras no reportan diferencia significativa respecto al sexo.<sup>22, 23</sup> al igual que en nuestro estudio.

Algunas investigaciones en relación con el manejo del dolor señalan que los pacientes con dolor crónico presentan generalmente algún tipo de limitación de la actividad física. Se considera que alrededor de 14% de la población restringe sus actividades mayores como no asistir al trabajo o llevar una vida independiente a causa de ello.<sup>24</sup>

Algunos estudios reportan que el dolor afecta en mayor o menor intensidad el desarrollo de actividades de la vida diaria, las más limitadas fueron: estudiar o

realizar tareas de la casa, calidad del sueño, trabajar fuera de casa, caminar de prisa, estado de ánimo, así como energía y vitalidad.<sup>25</sup>

En este estudio se encuentra que el grado de dolor en la escala de EVA es severo lo que coincide con otros estudios donde se encontró que la mayoría de los pacientes con dolor crónico refieren dolor de moderado a severo.<sup>25</sup>

Por otra parte, un número considerable de pacientes que asisten por primera vez a una clínica del dolor padece dolor crónico, en el cual interactúan dinámicamente factores biológicos, psicológicos y sociales. Diversas investigaciones han demostrado el papel de los factores psicológicos en la experiencia y expresión del dolor crónico.<sup>24, 26</sup>

Los pacientes con dolor crónico suelen tener elevados niveles de ansiedad o depresión, cogniciones desadaptativas o pobres estrategias de enfrentamiento. Lo cual corresponde con las evaluaciones realizadas por parte de psicología durante el tratamiento multidisciplinario, aunque también se encuentra que es el área que mayor desapego al tratamiento se encuentra.

Existen diversas razones por las que resulta importante identificar la ansiedad y la depresión: la ansiedad disminuye el umbral y la tolerancia al dolor, ambas se asocian con la magnificación de los síntomas médicos, la depresión se acompaña de pobre respuesta al tratamiento. Así mismo, el malestar emocional se ha asociado con la manifestaron de síntomas físicos a través de la activación autonómica del estado de alerta o la exacerbación de los síntomas existentes, de ahí la importancia del tratamiento multidisciplinario.<sup>10, 26</sup>

En la clínica del dolor de este hospital el tratamiento como lo mencionado por la OMS la parte más importante y la razón de su éxito, es el uso eficiente de opiáceos orales para el dolor moderado o intenso. La morfina es el opiáceo de referencia en el tercer escalón, frente al que se evalúan otros analgésicos.<sup>3</sup>

## CONCLUSIÓN

Es necesario evaluar el seguimiento de los pacientes tanto en su respuesta en la intensidad del dolor, efectos colaterales, apego a tratamiento por más tiempo para tener una mejor perspectiva de la evolución de los mismos considerando el corto tiempo de su inicio de tratamiento y valoración; y tomando en cuenta que en la mayoría de los pacientes se inicia el tratamiento de manera escalonada.

Así mismo es necesario recabar más datos en los expedientes, a pesar que nuestra derechohabiente es seleccionada, es necesario preguntar en la ocupación, así como si se encuentran cambios en su capacidad funcional ya que no se encuentran valoraciones subsecuentes de la escala de ECOG y Karnofsky, también sería de importancia conocer el grado de satisfacción de los pacientes en relación al manejo que se les brinda en esta clínica,

En la evaluación general de los pacientes al comparar en grado de disminución de intensidad del dolor se encontró una disminución del mismo en promedio de 3 a 4 puntos en la escala de EVA, refiriéndose efectos colaterales mínimos. Por lo que se puede concluir que se ha obtenido resultados adecuados en los pacientes.

Aunque se realiza un tratamiento interdisciplinario y con apoyo de todo el personal de la clínica, es necesario hacer más hincapié en los pacientes la importancia que representa en apoyo con el equipo de psicología ya que en esta área es donde se ha encontrado mayor inasistencia a las consultas y estas son de vital importancia para así tener un mejor resultado.

Aunque la clínica del dolor se ha preocupado por incrementar la referencia a la misma de los pacientes con Diagnóstico de cáncer en etapas más tempranas de la enfermedad, se ha encontrado que casi el 100% de los mismos ya se encuentran en etapas muy avanzadas y terminales, por lo que es importante hacer conciencia entre los médicos que realicen su referencia en etapas más tempranas para así poder brindar un mejor manejo con mejores respuestas al tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Eduardo Ibarra. Una nueva definición de dolor. Un imperativo de nuestros días. *Rev.Soc.Esp.Dolor*.2006; 13( 2): 65 – 72
- 2 Covarrubias Gómez, Guevara López. ¿Que son las clínicas del dolor? *Revista Digital Universitaria*. 2006 abril 10; 7 (4): 1067-1079
- 3 Guevara López, Covarrubias Gómez. Cronología de eventos hacia una reforma legislativa en materia de dolor y cuidados paliativos. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2008 octubre-diciembre; 31,(4); 328-333
- 4 Covarrubias Gómez. El papel de los cannabinoides en el manejo del dolor. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2008 julio-septiembre;31,(3):191-200
- 5 Lopez Timoneda. Definición y clasificación del dolor. *Clínicas urológicas de la complutense*. Servicio de publicaciones, Madrid, 1996; 4: 49-55
- 6 James Giordano, Schatman. A Crisis in chronic Pain Care: An Ethical Analysis. Part three: Toward an integrative, multi-disciplinary pain medicine built around the needs of the patient. *Pain Physician* 2008; 11: 775-784
- 7 James Giordano, Schatman. A Crisis in chronic Pain Care: An Ethical Analysis. Part two: Proposed structure and function of an ethics of pain medicine. *Pain Physician* 2008; 11:589-595
- 8 Iniciativa para promover el Tratamiento del Dolor al rango de uno de los Derechos Fundamentales del Género Humano. *Iniciativa del Dolor ante las Naciones Unidas*. *Gaceta Latinoamericana del Dolor*. 2004 septiembre-octubre; 1 (2): 1665-8469. Disponible en: [pain-initiative-un.org](http://pain-initiative-un.org)
- 9 David Niv, Marshall Devor. Chronic Pain as a Disease in its Own Right *Pain Practice*. *American Academy of Pain Medicine* 2004 Septembe; 4 (3): 179-181
- 10 Ahman, Stalnacke. Post-traumatic stress, depression, and anxiety in patient's whit injury-related chronic pain: a pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008; 4(6):1245-1249
- 11 Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>.
- 12 Scholz, Mannion. A Novel Tool for the Assessment of Pain: Validation in low Back Pain. *Plos Medicine*. 2009 April; 6: 1-16.
- 13 Palma, Del Rio, Bonati. Frecuencia y pesquisa de síntomas en pacientes crónicos en fases avanzadas en un hospital clínico ¿Existe concordancia entre pacientes y médicos?. *Rev Med Chile*.2008; 136: 541-569
- 14 Eriksen J, Jensen, Sjogren. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*. 2003; 106: 21-28

- 15 Manchikanti, Vijay-Singh. Analysis of Growth of interventional Techniques in Managing Chronic Pain in the Medicare Population: a 10 year evaluation from 1997 to 2006. *Pain Physician*. 2009; 12: 9-34
- 16 David Niv; Marshall Devor, Chronic Pain. *American Academy of Pain Medicine*. 2004 septiembre; 4: 279-281
- 17 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud tal y como fue adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Salud, Nueva York Junio 19-22, 1946; firmada el 22 de Julio de 1946 por los representantes de 61 gobiernos (Récords Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, no 2, p. 100) entrada en efecto el 7 de abril de 1948. La Definición no ha sido enmendada desde 1948.
- 18 Constitución de la Organización Mundial de la Salud
- 19 Covarrubias Gómez, Guevara López .Características de los enfermos que acuden a clínicas del dolor por primera vez. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008; 46 (5):467-472
- 20 Barragán Berlanga, Mejía Arango. Dolor en adultos mayores de 50 años; prevalencia y factores asociados. *Salud Publica Mex*. 2007; 49 ( 4):488-494
- 21 Buntin Mushock, Phillip, Moriyama. Age-Dependent Opioid Escalation in Chronic Pain Patients. *Anesth Analg*. 2005; 100:1740-1745
- 22 José Mira, Pérez Joven. Diferencias entre varones y mujeres en la percepción del tratamiento del dolor posquirurgico. *CIR ESP*. 2009; 85 (3):179-189
- 23 Dannecker, Knoll. Sex Differences in muscle Pain: Self-care Behaviors and Effects on Daily activities. *J. Pain*. 2008 March; 9 (3): 200-2009
- 24 Antrop, Clark, Martinez. Conducta del enfermo ante el dolor crónico. *Salud Pública Mex*. 2008; 50: 147-154
- 25 González Rendón, Moreno Monsiváis. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Rev. Soc. Esp Dolor*. 2007;6: 422-427
- 26 Morales Vigil, Alfaro Ramírez, Guevara López. Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropatico y nociceptivo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008; 46 (5):479-484
- 27 Bruera, Nam-Kim. Cancer Pain. *JAMA*. 2003 November 12; 290 (18): 2476-2479
- 28 Lille Fuentes. Breve historia de la conquista moderna del dolor en México. *Gaceta Mexicana del Dolor*. 2003; 1:7



- 29 García Olivera. La clínica del dolor; su origen y evolución. Rev. Mex Anest. 2002; 25:15-18
- 30 Hanks, Conno, Cherny. Morfina y opiáceos alternativas para el tratamiento del dolor oncológico: recomendaciones de la EAPC. Med Pal. 2002; 9: 22-29
- 31 Guevara López, Covarrubias Gomez. Parametros de práctica para el manejo del dolor en cáncer. Cir Ciruj. 2006; 74: 381-396
- 32 Willen, Scholten, Nygren-Krug. The World Health Organization Paves the Way for Action to free People from the Shackles of Pain. ANESTHESIA & ANALGESIA. 2007 july;105 (1): 1-4