



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL DOLOR  
CRÓNICO EN POBLACIÓN ABIERTA, EN UN MEDIO  
URBANO, CIUDAD DE PUEBLA.”**

Tesis para obtener el título de:

**LICENCIATURA EN MEDICINA.**

**PRESENTA:**

**DELTA JEAZUL PONCE HERNANDEZ**

**ASESOR EXPERTO:**

**DR. ALFREDO COVARRUBIAS GÓMEZ**

**ASESORA METODOLÓGICA:**

**DRA. GUADALUPE RAMÍREZ GUEVARA**

*H. Puebla de Z. Junio, 2017*

## AGRADECIMIENTOS

### ASESOR EXPERTO

*Querido Doctor Alfredo Covarrubias Gómez, muchísimas gracias por haberme permitido tener el honor de tenerlo no solo como asesor experto, sino como maestro, por compartirme todos sus conocimientos y por los ratos de risa, fue increíble hacer este trabajo y espero continuar trabajando con usted.*

Muchas gracias.

### ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA EN MEXICO.

*Me encuentro infinitamente agradecida por el apoyo brindado para la elaboración de un apartado de este de trabajo de investigación, es un completo honor poder aprender de la AMFEM, colaborar y trabajar en conjunto en pro de la Educación Médica en México.*

Muchas gracias.

### INTERNATIONAL FEDERATION OF MEDICAL STUDENTS ASSOCIATIONS.

*Mi mayor agradecimiento a la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina, una organización en la que estuve durante toda mi formación, la cuál amplió mi visión dentro del panorama de la Salud Pública y Global, gracias a la IFMSA sé lo que deseo ahora y para mi futuro.*

Muchas gracias.

### ASESORA METODOLÓGICA

*Estimada Doctora Guadalupe Ramírez Guevara, muchísimas gracias por su gran dedicación y por haberme enseñado tanto durante la realización de este trabajo, me siento afortunada de que el destino la colocara en mi camino.*

Muchas gracias.

### LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE ASOCIACIONES PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR

*Mi más sincero agradecimiento a la FEDELAT, por permitirme poder llevar a cabo este estudio, el cual estoy segura, es el inicio de un gran proyecto que tendrá una trascendencia muy importante en la salud pública de México.*

Muchas gracias.

## DEDICATORIAS

### ***A mi Tía María Magdalena Ursula:***

Querida tía Malena, quiero con todas mis fuerzas dedicarte esta tesis, ya que representa toda la confianza que me brindaste durante todo este tiempo, a pesar de que tenemos ideas totalmente diferentes, quiero que sepas que estoy feliz de tenerte a mi lado y que siempre has sido un ejemplo de mucho talento para mí, tía hermosa, brillas como ninguna.

Te amo con todo mi corazón.

### ***A mi Tía Blanca Haydee:***

Querida tía Haydee, estoy segura que cuando leas esto te llenarás de orgullo, te dedico esta tesis, es lo menos que puedo hacer después de haberme acompañado en mi carrera, gracias por ser mi cómplice, por siempre confiar en mí y en todas mis tonterías, por ser mi ejemplo de entereza y fortaleza a seguir, gracias por creer en mí, eres increíble, una guerrera, una mujer espectacular.

Te amo con todo mi corazón.

### ***A mi Mamá Jeazul, mi abuelo Gilberto y mi abuela Natalia:***

Mamá, muchas gracias por todos los momentos de risa compartidos, por solapar mis locuras, por permitirme volar, por no temer que tú única hija se diera a la tarea de descubrir otros horizontes; dicen que la vida es corta y el mundo es enorme, gracias por confiar en mí.

Abuelito Gilberto, gracias por ser mi padre, por ser parte de mi formación desde tiempos lejanos, por recoger mi desorden en la escuela cuando era niña, pero sobre todo muchas gracias por vivir.

Abuelita Natalia, te dedico esta tesis, porque estoy segura de que te has dado a la tarea de seguir mi camino desde donde quiera que estés, más segura estoy es que me has protegido durante todos estos años, gracias abuelita, espero que te sientas muy orgullosa de mí.

Los amo mucho.

## DEDICATORIAS

### ***A mi Tía Norma, mi Tío Noé, mis primos Hugo y Noé:***

Queridos Tíos les dedico esta tesis en agradecimiento al tiempo que han compartido conmigo y todas las alegrías vividas, pero sobre todo muchas gracias por tenerlos como mi familia, espero estén orgullosos de mí.

Queridos primos, gracias por los momentos vividos durante mi infancia, les dedico esta tesis porque la verdad los considero mis hermanos, aquellos que hubiera deseado tener, gracias por tantos bellos recuerdos.

¡Los quiero!

### ***A mi Prima Adriana:***

Hermana, aún recuerdo las letras que me dedicaste en tu tesis, ha llegado el momento de intercambiar pensamientos. Gracias por ser mi amiga durante todos estos años, por ser como mi hermana, por cambiarme los pañales y compartir secretos, por ser mi confidente, te dedico esta tesis porque sé muy bien que eres de las pocas personas que jamás ha dejado de confiar en mí.

¡Te adoro!

### ***A mis Amigos:***

Antonio, Gabriela, Daniel, Rael, Jaqueline, Francisca, Joaquín, Silvie, Jeannette, Anaysis, Erika, Francisco, Altagracia, Luis, Diego, Alheli, Rigoberto, Omar, Claudia, Erica, Cyrine, Garazi, Marta, Alba y Consuelo.

Queridos Amigos, muchísimas gracias por todas las aventuras vividas, les dedico esta tesis, porque en verdad ustedes han sido parte de mi motivación, hicieron de mi carrera de medicina algo único e increíblemente divertido, creyeron en mí y me vieron cuando me sentía invisible, algunos de ustedes me ayudaron con la elaboración de esta tesis, ojalá se den el tiempo de leerla (sino por lo menos esta dedicatoria y que sirva de excusa para irnos de fiesta). Otros de ustedes han sido mis guías, mis consejeros y me han ayudado siempre a salir adelante. Es maravilloso saber que los tengo a ustedes a pesar de que algunos vivimos en distintas partes de la república y del mundo, me impacta ver que nuestros lazos pueden contra la distancia y más.

Los quiero amigos, sigan siendo parte de mi vida y mis alegrías.

## DEDICATORIAS

### ***Doctor Eloy Melendez Aguilar:***

Estimado Doctor Eloy, quiero dedicarle esta tesis, por todo el seguimiento que le ha dado a mi carrera, por sus consejos, por su ayuda inigualable, por su apoyo infinito, por confiar y creer siempre en mí. Gracias Doctor por ser parte esencial en mi formación, espero que siga siendo mi mentor y gran amigo.

Lo admiro y aprecio mucho.

### ***Doctora Raffaella Schiavon Ermani.***

Querida Doctora Raffaella, deseo dedicarle esta tesis porque usted ha sido uno de mis principales ejemplos a seguir, la admiro y de grande me gustaría ser como usted. Gracias por motivarme y por darme el gran honor de poder colaborar con usted en diversas actividades. Pero sobre todo, gracias por enseñarme lo importante que puede ser una pequeña aportación a la sociedad, y lo lejos que puede llegar.

La admiro y aprecio mucho.

### ***Doctor Rosendo Briones Rojas.***

Estimado Doctor Rosendo, le dedico esta tesis, porque fue de las primeras personas en la Facultad de Medicina que creyó en mis ideas "absurdas", que apoyó mis locuras y que me dio alas para volar, que me orientó en el área que tanto me apasiona ahora que es la Salud Pública, espero se sienta orgulloso de mí y definitivamente no lo defraudaré.

Lo admiro y aprecio mucho.

### ***Maestro Julio Cortés.***

Querido Julio, le dedico esta tesis como muestra de agradecimiento y cariño, muchas gracias por ayudarme a vencer mis miedos, gracias por ser siempre mi cómplice en muchas decisiones dentro de mi carrera, pero sobre todo, por ayudarme a ver mis errores y aprender de ellos.

Lo admiro y aprecio mucho.

### ***Licenciado Gabriel Navarro.***

Estimado Gabriel, le dedico esta tesis por todos los años que ha sido testigo de mi crecimiento profesional y en agradecimiento a su gran apoyo. Es usted una de las personas que más admiro y espero algún día poder trabajar con usted.

Lo admiro y aprecio mucho.

## Indice

<b>1. Resumen</b>	<b>2</b>
<b>2. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>3. Antecedentes</b>	<b>4</b>
3.1 Antecedentes generales.	
3.2 Antecedentes específicos.	
<b>4. Planteamiento del Problema</b>	<b>17</b>
<b>5. Objetivos.</b>	<b>19</b>
5.1 Objetivo general	
5.2 Objetivos específicos	
<b>6. Material y Métodos</b>	<b>20</b>
<b>7. Resultados</b>	<b>22</b>
<b>Discusión</b>	<b>37</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>39</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>43</b>
<b>Anexos</b>	<b>49</b>

## **1. Resumen**

### **“Características Epidemiológicas del dolor crónico en población abierta, en un medio urbano. Ciudad de Puebla.”**

El dolor crónico se ha convertido en un problema de salud pública. El desarrollo de estrategias sanitarias eficientes requiere identificar diversas variables epidemiológicas.

#### **Objetivo:**

Determinar la prevalencia del dolor crónico en una población abierta, zona urbana de la ciudad de Puebla.

#### **Material y Métodos:**

Se hizo la determinación muestral de una población de 1,539,819 habitantes de la ciudad de Puebla, resultando 384 encuestas.

Se aplicaron los 384 cuestionarios mediante encuesta abierta a la población general, en las cercanías del centro histórico de la Ciudad de Puebla.

#### **Resultados:**

De los 384 encuestados 59 presentaron dolor crónico (15%). En aquéllos con dolor crónico, 78% fueron mujeres. 20% no utilizan terapéutica alguna para el alivio del dolor mientras que el 59% utilizan medicamentos. El medicamento mayormente empleado fue el diclofenaco, seguido del paracetamol con una relación de 2.6 a 1. Un tercio tienen síntomas sensitivos, 17% percibe una excelente o muy buena respuesta a la terapéutica.

#### **Conclusión:**

El 1% de la población urbana en Puebla tiene dolor crónico. Esto muestra la necesidad de contar con estrategias sanitarias eficientes, es decir, se requieren más estudios de este tipo.

## 2. Introducción.

EL Dolor tiene como definición más aceptada es la de la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP), “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”.

El dolor, al ser un mecanismo de defensa, resulta muy importante para la salud, pues es una señal de alarma para proteger al organismo y aumentar la supervivencia del individuo; sin embargo, ¿realmente estamos tratando adecuadamente a este síntoma?

Estudios más recientes muestran que el dolor supone un impacto en la calidad de vida y que, comúnmente, se asocia al sufrimiento. Incluso cuando hablamos de dolor crónico, de acuerdo a diversos autores, éste no sólo tiende a tener diversas características o no siempre se define dentro de un periodo de tiempo exacto, sino que no es solamente un síntoma de alarma, es decir, se vuelve un padecimiento en sí mismo, afectando seriamente la vida de las personas, reflejándose en distintos aspectos políticos, sociales y económicos. Si bien es verdad que en nuestro país no existen como tal políticas públicas que traten al dolor crónico como un padecimiento, esto se evidencia en la disminución de la capacidad de productividad de las personas a causa de un mal manejo del dolor, llegando incluso a ser incapacitas a causa de éste.

El dolor es la causa más común, en la actualidad y futura, de morbilidad y discapacidad en todo el mundo, presentando un aumento en el número de personas afectadas y años perdidos por discapacidad. La alta prevalencia de dolor crónico y su carga social negativa hacen que sea considerado un importante problema de salud pública.



La epidemiología del dolor es un reto debido a la naturaleza subjetiva de los síntomas y a la falta de consenso, por lo que la verdadera incidencia para la mayoría de las condiciones de dolor puede seguir sin conocerse. Razón por la cual el objetivo de este proyecto de investigación fue identificar las características epidemiológicas específicamente en la ciudad de Puebla.

### **3. Antecedentes.**

#### **3.1 Antecedentes generales**

El dolor ha acompañado al ser humano a lo largo de la historia, y su definición se vuelve muy compleja por su propia subjetividad.

La visión e importancia del dolor hizo que se estableciera una perspectiva diferente, es decir, no sólo considerarlo un síntoma, sino como una enfermedad que reúne aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionales, y sociales. El dolor dejó de ser únicamente la respuesta a un estímulo de daño tisular, sino que se convirtió en una experiencia subjetiva que depende de diversos factores (1).

El cirujano francés Daetigus escribió: “si nos imaginamos suspendidos en el espacio intemporal sobre un abismo del que llegaran a nuestros oídos los ruidos del planeta en movimiento, sólo escuchamos un rugido elemental de dolor que saldría de una sola garganta, la de la humanidad doliente”(2).

Para Bonica en 1990, el dolor no discrimina por razas o civilizaciones y prueba de ellos que se pueden ver referencias en las tablas de arcillas de Babilonia, en papiros egipcios, en documentos persas y en inscripciones de Micenas y de Troya (3).

La afirmación más aceptada es la que dio Merskey en 1979, la cual define al dolor como una experiencia sensorial y emocional, desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial o que se describe en términos de dicha lesión; no obs-

tante, esta aseveración fue modificada por La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), definiéndolo como una experiencia sensorial y emocional desagradable que no sólo modifica y perjudica la calidad de quien la padece, sino que además afecta su entorno social, laboral, familiar y económico (1).

Wilson en el 2002, resalta el hecho de que el dolor es un fenómeno sensorial-perceptual, multidimensional y complejo, que constituye una experiencia subjetiva única para cada individuo (4). Esta definición contiene implicaciones que constituyen importantes avances en su conceptualización, entre los cuales señala el reconocimiento explícito de los componentes emocionales y subjetivos, que forman parte inseparable de la sensación dolorosa y evitan la causalidad entre el daño tisular y dolor(5).

Anand y Craig en 1996, pensaron que la definición actual tiene limitaciones, debido a que no tiene en cuenta a aquellos individuos que no pueden comunicar adecuadamente el dolor que sufren, entre ellos, los niños pequeños, los discapacitados mentales, los enfermos en coma, los afectados de enfermedad mental grave (6).

El dolor se define como la percepción de un estímulo potencialmente lesivo; el cual, conjunta a diversas experiencias no placenteras (sensoriales, emocionales y cognitivas), mismas que son causadas por un daño tisular (real, potencial o descrito en términos de dicho daño), y que se manifiestan por ciertas reacciones fisiológicas, autonómicas y conductuales (7).

Por lo tanto la percepción del dolor no es el resultado de una transmisión de impulsos, sino que se trata de una experiencia compleja entre muchos factores individuales, diferencias culturales o determinantes sociales. Recientemente con base en tales elementos se ha propuesto una nueva definición de dolor (6).

El dolor puede clasificarse de acuerdo a su duración o fundamentado en su causa.

De acuerdo a su duración se divide en dolor agudo y dolor crónico, el primero se entiende como: Un conjunto de experiencias desagradables de tipo sensorial, emocional y mental, acompañado de ciertas respuestas de orden automático, psicológico y conductual, provocadas por una lesión en los tejidos o como consecuencia de una inflamación (8). Es decir, se trata de un dolor de aparición reciente, de corta duración o limitado en el tiempo y, si no hay complicaciones, desaparece con la lesión que lo originó (6); sin embargo, su terapéutica inadecuada puede conllevar -en algunas ocasiones- la persistencia de dicho malestar, provocando la aparición de dolor crónico (9).

El dolor crónico, es aquel cuya duración exceda el período normal de curación. La IASP decidió tomar el período de tres meses como el límite de división más conveniente entre dolor agudo y crónico (1).

Bonica define el dolor crónico como aquel dolor que persiste al menos un mes más que la lesión causal y que permanece una vez que dicha lesión ha desaparecido (10). El dolor crónico está considerado como un síndrome, o un conjunto de manifestaciones psíquicas, conductuales y sociales que tienden a considerar el dolor persistente, como una enfermedad en sí misma. Carece de propiedades fisiológicas reparadoras, sin función biológica alguna, perpetuándose en ocasiones en ausencia de lesión y constituyendo con frecuencia la única manifestación de la enfermedad (11).

Melzack propone un modelo de dolor crónico integrado por un componente sensorial o nociceptivo, un componente afectivo (la respuesta del paciente ante el dolor), y un componente cognitivo o evaluativo (interpretación del paciente sobre el dolor) (12).

La intensidad del dolor agudo suele guardar relación con la magnitud del estímulo que lo produce, en el dolor crónico no suele darse dicha correspondencia, por lo que sugiere que en los dos tipos de dolor median mecanismos neurofisiológicos

diferentes (13).

Se han realizado estudios epidemiológicos del dolor crónico y agudo en todo el mundo, ya que él mismo ha tenido un impacto significativo en los sistemas de salud, considerándose un problema de salud pública.

### **3.1.1 Prevalencia Mundial del dolor crónico.**

Estadísticas más recientes indican que una de cada cinco personas padece dolor crónico de moderado a grave, y una de cada tres no puede mantener un modo de vida independiente debido a las dolencias (14).

Un estudio europeo multicéntrico que incluyó 16 países mostró que una quinta parte de adultos europeos, padecen dolor crónico moderado a severo y en muchos de éstos los síntomas son manejados de manera inadecuada. El 19% de los encuestados padecía dolor crónico de moderado a severo que afectaba seriamente sus actividades laborales, sociales y de vida diaria. Siendo el dolor la causa más frecuente de la consulta médica (13).

El dolor es un problema de salud global, por la alta prevalencia, el alto costo económico y el impacto negativo en la calidad de vida de los individuos y familias. Es importante mencionar la problemática desde una perspectiva global, es decir los determinantes que existen en distintas regiones del mundo, debido a los diferentes estándares de vida, los sistemas de salud, los recursos destinados a los servicios de salud (15).

Podemos observar en un estudio de epidemiología del dolor en los países del medio oriente y el norte de África, donde sugieren una alta prevalencia de condiciones que contribuye al dolor son la neuropatía por VIH/SIDA, diabetes mellitus, cáncer y las heridas traumáticas causadas por accidentes y conflictos que viven algunos países de esa región (16).

El estudio realizado en Libia fue inferior a la prevalencia media ponderada en el Medio Oriente y el Norte de África, y más baja que las estimaciones de cada condado en La región (por ejemplo, el Líbano (26,2% (17) ) y Turquía (28,9% (18) ), (16).

La estimación de Libia también fue comparable a la prevalencia general de dolor crónico en Europa (19% (13) ) y Canadá (18.9% (20) ), que recogieron datos utilizando el mismo Cuestionario de entrevistas telefónicas estructuradas sobre el dolor crónico.

La prevalencia del dolor crónico en países como España e Islandia tienen un porcentaje total similar, en ambos estudios muestra que el dolor crónico incrementa conforme aumenta la edad (21, 13). En Reino Unido y Australia es importante mencionar que el estudio realizado, considera al dolor crónico con un tiempo igual o mayor a 6 meses, difiriendo de España e Islandia donde los estudios definen al mismo en un lapso a partir de 3 meses (22, 23).

En la región de América Latina, existe un estudio reciente, realizado exclusivamente en la población adulta en Brasil (rango de edad entre 60 y 80+ años), donde en un total de encuestados (n= 934), el 52.8% padecían de dolor crónico, localizado con mayor frecuencia en miembros inferiores y región lumbar. (24).

Este estudio muy similar, al realizado en México por Barragán Berlanga también en población adulta, difiere en el rango de edad donde este fue de 50+ años, y teniendo un resultado del 42% manifestando dolor crónico. (25) A diferencia del estudio realizado en Brasil donde en este se aplicaron encuestas (24), en el de México se analizó la base de datos del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2001). (25)

En la siguiente tabla (tabla 1) podemos observar la prevalencia del dolor crónico

en distintos países de cada continente, con el fin de identificar las diversas percepciones e impacto del dolor en el mundo, así como haciendo un resumen de estudios de epidemiología del dolor crónico. .

**Tabla 1.- Comparación de estudios epidemiológicos de dolor crónico en distintos países.**

País	Autor	Año	Muestra poblacional n=	n= de personas con dolor crónico	Porcentaje de la población con dolor crónico		
					total	H	M
Islandia	SV Björnsdóttir e tal.	2013	5756	1292	20%*	473/2673 (17.7%)	807/3023 (26.7%)
UK	Torrance e tal.	2006	3002	1440	48%	+	+
Lybia	Raga A. Elzahaf e tal.	2016	1212	238	19.6%*	78/472 (14%)	160/502 (24%)
Japón	Masaya Nakamura e tal.	2014	4797	531	11.1%	220/2110 (10.4%)	311/2687 (11.6%)
India	Gur Prasad Dureja e tal.	2013	5004	650	13%	+	+
Australia	Blyth FM e tal.	2001	12,420	4607	37.1%	+	+
Canada	Aline Boulanger e tal.	2007	1055	260	25%	106/483 (22%)	154/572 (27%)

EUA	Catherine B. Johannes e tal.	2010	27,035	10,968	41%*	2765/10,357 (26.7%)	5720/16,678 (34.3%)
Brasil	Lilian Varranda Pereira e tal.	2014	934	493	52.8%	+	+

Abreviaciones: (\*) prevalencia tasada; (+) datos no proporcionados. Tabla elaborada por los autores con información de las referencias: 13, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29

También se llevó a cabo el estudio “características de los enfermos que acuden a clínicas del dolor por primera vez”, donde se analizaron 1453 expedientes se identificó que en comparación con los hombres (462), el número de mujeres (991) es significativamente mayor. Se observó mayor frecuencia en el número de mujeres, tanto en dolor de origen no oncológico como oncológico.(30)

Algunos hospitales de México han avanzado considerablemente en el tratamiento del dolor, implementando las Clínicas en la atención del dolor, dando un tratamiento específico, logrando un avance significativo, tanto en la atención, como en la formación de especialistas en dolor (30).

### 3.2 Antecedentes Específicos.

#### 3.2.1 Educación Médica en México.

En la actualidad existen 93 escuelas y/o facultades de medicina en Mexico, de acuerdo a la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina AMFEM, donde el modelo educativo, cinco de estas facultades incluyen Cuidados Paliativos en sus planes de estudio, dos con carácter obligatorio y las otras como área opcional. Sin embargo la mayoría de las escuelas de medicina en sus programas educativos, no consideran al dolor crónico como un padecimiento mismo, sino como la sintomatología de otras enfermedades. (31)

La formación de médicos para la atención primaria, tanto médicos generales como familiares, deben considerar los distintos modelos de la atención primaria existentes en nuestro sistema de salud, el fortalecimiento de la medicina de primer contacto, el papel que debe jugar el servicio social en medicina y el modelo de atención universal al que se aspira. A su vez el modelo de competencias en la educación médica en México no puede limitarse a ser un inmenso curso propedéutico para el examen nacional de ingreso a las residencias médicas; cuando se conoce que menos de una cuarta parte de los aspirantes encontrarán una plaza como médico residentes, la mayoría terminará ejerciendo en la medicina general sin haber sido preparados adecuadamente para ello. (31)

La Academia Nacional de Medicina menciona que si hay una importancia de la medicina general y la necesidad de contar médicos generales bien preparados. Pero en paralelo, prevalece una opinión que favorece a la práctica de las especialidades médicas y un proceso de especialización que parece imparable, por lo que queda la consternación si en un futuro la medicina será o no una profesión con capacidades y posibilidades de ser ejercida en el país. (32)

Según datos de la Secretaría de Salud, entre 1980 y 2010 el número de médicos especialistas en las instituciones de salud del sector público del país pasó de 11 500 a cerca de 80 000, y en las instituciones del sector privado del país deben tomarse con cautela, las estimaciones disponibles señalan que dicho número pasó de unos 14 000 en el año 2000 a alrededor de 55 000 en el año 2010 (32, 33).

De acuerdo a la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina en México, el Modelo de competencias, postula que la salud en el país en los próximos años deberá lograr una cobertura universal, que la prevención y manejo de gran parte de las enfermedades crónico-degenerativas, agudas,, descansará en un médico general bien formado, apto de realizar el acompañamiento de la población a lo largo de su vida” (31).



Es importante mencionar que hay una escasa cantidad de médicos especialistas en algología o cuidados paliativos y que incluso ésta a su vez es de difícil alcance, ya que se requiere realizar la especialidad en Anestesiología previamente, algo importante es que no todas las especialidades tienen el mismo reconocimiento social (prestigio), dato corroborado con la respuesta de los académicos a la siguiente pregunta: ¿Cuáles de las 71 especialidades reconocidas actualmente por la Academia Nacional de Medicina son aquellas que tienen menor prestigio social? La especialidad señalada por un mayor número de académicos (14%) fue la medicina familiar o general, seguida por la salud pública (seleccionada por 9%), la medicina social (incluida por 5% de los consultados), y la anatomía patológica, la anestesiología, la medicina del trabajo y la medicina legal (cada una de ellas señalada por 4% de los académicos). Es decir ser Anestesiólogo, no da tanto prestigio como ser un cirujano cardiovascular o un cirujano plástico y no se puede comparar, el ser médico familiar o general con un Ortopedista o Médico Internista (32).

El presente estudio se reforzará con una encuesta enviada a las Facultades de Medicina que componen la AMFEM. de la que se exponen los siguientes resultados:

*Pregunta 1.- ¿Cuántas horas en la materia de fisiología se encuentran asignadas al estudio del dolor?.*

De las 8 escuelas de medicina que respondieron la encuesta, 5 asignan de 2 a 4 horas a la semana, 2 escuelas tienen asignadas de 6 a 8 horas.

*Pregunta 2.- ¿Cuántas horas en la materia de farmacología se encuentran asignadas al estudio del dolor?.*

En esta pregunta, 4 escuelas afirmaron que le dedican de 2 a 4 horas al estudio del dolor, 2 escuelas dedican de 4 a 6 horas, 1 escuela de 6 a 8 y 8 o más horas.

Estas horas sólo son consideradas en asignaturas (Fisiología y Farmacología), considerando además que en los programas académicos, Fisiología, Farmacología u otras materias.

Cabe mencionar que no se imparten durante los 6 o 5 años de la formación médica, pudiendo ser impartidas en 2 módulos o hasta 3, que pueden corresponder a un semestre por módulo o bien trimestre.

*Pregunta 3.- ¿Cuántas horas se dedican a la evaluación al estudio del dolor?*

Las respuestas obtenidas fueron: 4 escuelas dedican de 4 a 6 horas a la semana, 3 escuelas dedican 2 a 4 horas a la semana y 1 escuela dedica 8 horas o más.

*Pregunta 4.- Los modelos educativos en las Escuelas de Medicina, ¿Marcan como indispensables las horas necesarias para abordar el tema del manejo del dolor?*

2 escuelas de medicina afirman que “Tal vez”, 3 y 3 afirman que “Sí” y “No” respectivamente.

*Pregunta 5.- ¿Consideran que los estudiantes de la Licenciatura en Medicina aprenden a dar un manejo adecuado al dolor?,*

El resultado de las horas necesarias para abordar el tema del manejo del dolor en los modelos educativos de las Escuelas de Medicina de acuerdo a las escuelas que participaron en la encuesta fue:

De las 8 escuelas 6 consideraron que “sí”, una que “tal vez” y una que “no”.

*Pregunta 6.- ¿Consideran suficiente las horas dedicadas al estudio y tratamiento*

*del dolor, dentro de los programas académicos de su institución?*

5 escuelas respondieron que “Sí” son suficientes las horas dedicadas al estudio y tratamiento del dolor, 2 dijeron que “No” y 1 dijo que “Tal vez”.

Pregunta 7.- *¿Cuál es la importancia de tener una preparación adecuada para el manejo y tratamiento del dolor?*

Esta respuesta fue de carácter “Libre”, una de las respuesta fue:

*“Ya que el dolor es es el síntoma más frecuente que lleva a la consulta. Para el médico de Atención Primaria, el tratamiento del dolor, es prioritario desde todos los puntos de vista, tanto individuales, como sociales, pero en una consulta de un médico de familia, es prioritario evitar el sufrimiento de su paciente, y el dolor implica, entre otras cosas, sufrimiento. Para tratar el dolor es preciso conocer el origen del mismo ya que la eficacia de los fármacos depende del mecanismo que lo produce y el mecanismo productor. Es decir, es importante capacitar o dar una educación adecuada a nuestros estudiantes para que puedan manejar y tratar al dolor.” - La Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía.*

Solo una escuela hizo mención de los cuidados paliativos:

*“Es vital que el estudiante conozca desde los mecanismos fisiopatológicos del dolor, la farmacología y rehabilitación del dolor, diagnóstico adecuado y tratamiento específico para la causa del dolor. Así mismo la medicina paliativa para otorgar una mejor calidad de vida al paciente”. -Universidad Cuauhtémoc plantel Aguascalientes.*

Otra menciona la importancia del manejo del dolor dentro de las Instituciones Educativas:

*“Es importante conocer a cerca de las causas; mecanismos fisiopatológicos y factores externos o ambientales que pueden desencadenar el dolor, ya que si todo esto no se conoce de manera oportuna resultaría muy complicado manejar o tratar esto. Por lo tanto es muy importante que en las instituciones educativas en medicina se imparta adecuadamente todo lo relacionado con este síntoma tan común para muchas enfermedades.” -Universidad Autónoma España de Durango.*

En conclusión y de acuerdo a las escuelas que participaron en la encuesta enviada, dentro de los programas académicos se considera al dolor como un síntoma de vital importancia, sin hacer mención de que pudiera éste convertirse en un padecimiento y no solo en el síntoma de diversas enfermedades.

De acuerdo a los modelos educativos de las escuelas y facultades de Medicina, asignaturas como Fisiología o Farmacología, están seccionadas, es decir, Fisiología I y II o Farmacología I, II y III, esto puede variar de acuerdo a la institución educativa. Por lo que dentro del programa de la licenciatura en Medicina con una duración aproximada de 5 a 6 años (incluyendo únicamente el internado rotatorio de pregrado), dichas asignaturas pueden tener una duración de un año a un año y medio. Varía dependiendo de los planes semestrales o trimestrales.

### **3.2.2 Clínicas del Dolor**

Estos centros de atención médica, ven la luz durante la primera mitad del siglo XX. Se ha documentado que la primera clínica del dolor, fue fundada en los Estados Unidos de América, por el Dr. John J. Bonica en 1946. Este médico visionario, también fundó la primera organización enfocada a su estudio y tratamiento (IASP, por sus siglas en inglés) (1974) y promovió mundialmente la educación especializada de los médicos que pretendieran dedicarse a este campo (34).

El Dr. Vicente García Olivera, recibió su entrenamiento acerca del diagnóstico y tratamiento del dolor en 1953(35). Este destacado médico mexicano, logró trans-

mitir sus enseñanzas y visión a diversos especialistas conacionales.

Gracias a la labor e invaluable consejos del Dr. García Olivera, se fundó en junio de 1972, la primera clínica del dolor en México. Este primer centro de atención en dolor se instaló en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ)(36) y fue consolidado por el Dr. Ramón De Lille Fuentes y por el Dr. García Olivera. Dicho proyecto, contó con el apoyo de Dr. Javier Ramírez Acosta, que en aquel entonces, era el jefe del Departamento de Anestesiología del Instituto.

En Octubre de 1992, la Clínica del Dolor del HGM fue considerada “Centro Nacional de Capacitación en Clínica y Terapia del Dolor” y mediante el apoyo de la Secretaría de Salud, consolidó la fundación de doce clínicas del dolor en el territorio nacional(35).

A partir de entonces, se crearon nuevos centros para el alivio del dolor, se mencionan los siguientes:

- Hospital General “Dr. Rafael Pascassio Gamboa” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en 1993 (Dr. Delfino Méndez Hernández).
- Hospital Universitario de Nuevo León en 1993 (Dra. Gloria Alcorta)
- Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez” del Distrito Federal en 1996 (Dra. Sonia Hernández Hernández).
- Hospital Regional “Dr. Manuel Vega” del ISSSTE en el estado de Sinaloa en 1997 (Dr. Salvador Cervín Serrano).
- Instituto Palia de Guadalajara, Jalisco en el 2000 (Dr. Guillermo Aréchiga Ornelas).
- Hospital General “Dr. Manuel Gea González” del Distrito Federal en el 2000 (Dra. Magdalena Salado Ávila).
- Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastellum” en el estado de Sinaloa en el 2004 (Dr. José A. Betancourt Sandoval).

Actualmente existen muchas más clínicas del Dolor en el país.

En Puebla existen dos clínicas establecidas y formalizadas del dolor:

- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Por sus siglas ISSSTE).(38)

En el resto de las instituciones públicas y privadas abordan el manejo del dolor en diferentes especialidades, como son: en neurología se abordan a los pacientes con neuropatía diabética, en Instituciones como el IMSS, son los médicos familiares los que dan continuidad a los tratamientos establecidos por otras especialidades, por ejemplo: los pacientes atendidos por artritis reumatoide, el manejo inicial es indicado por el reumatólogo y la continuidad del mismo se lleva a cabo dentro de las Unidades Médico Familiar.

#### **4. Planteamiento del problema**

En México no tenemos ningún estudio de corte epidemiológico en la población general, como los mencionados anteriormente, sin embargo se han llevado a cabo breves investigaciones o publicaciones, ya sea de acuerdo a la recolección y análisis de bases de datos de distintas instituciones u organizaciones.

Estos estudios epidemiológicos en México, no demuestran la magnitud real del dolor crónico en la población, por lo que es necesario demostrar la prevalencia real del dolor crónico y así identificarlo como un problema de salud pública, ya que esto puede ayudar a mejorar o implementar nuevas estrategias de manejo y tratamiento del dolor en nuestro sistema de salud nacional. A su vez en la generación y capacitación del personal de salud para la prescripción racional de medicamentos para el dolor y así no afecte los recursos destinados a las instituciones de sa

Es importante destacar que en Puebla la atención, el manejo y tratamiento del dolor solo se da dentro del primer nivel de atención, se cuenta con muy pocas clínicas del dolor.

No existe ningún registro ante la Secretario de Salud Estatal o bien un estudio de este tipo publicado en fuentes científicas confiables.

Por tal motivo se llevará a cabo este estudio, para lograr implementar la formalización de mayor número de clínicas, justificado con el impacto de la incidencia del dolor crónico considerándolo factible si el impacto que tiene la incidencia es elevada. Además de que el investigador tiene los recursos necesarios para poder realizarlo.

Una de las razones principales para la ausencia de datos epidemiológicos basados en la población sobre el dolor crónico no ha sido la falta de un instrumento clínico validado, es porque no se han realizado.

Por lo tanto el presente estudio respondió la siguiente pregunta: ¿Cuál es el impacto del dolor crónico que se tiene en la ciudad de Puebla?.

## **5. Objetivos**

### **5.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia del dolor crónico en una población abierta, zona urbana de la ciudad de Puebla.

### **5.2 Objetivos Específicos:**

1. Evaluar características demográficas de la población con dolor.
2. Identificar las características propias del dolor crónico referido por las per-

sonas entrevistadas.

3. Identificar la terapéutica analgésica farmacológica y no farmacológica por cada persona entrevistada.
4. Identificar el tipo de atención médica recibida para el alivio del dolor.
5. Identificar el impacto de la condición dolorosa en diferentes actividades y aspectos de la vida, como: cuidado propio, laboral, vida social, emocional, vida sexual referido por las personas entrevistadas.

## **6. Material y métodos**

Previa aceptación del protocolo de estudio por el consejo de investigación y estudios de posgrado. Siendo respetado lo declarado en la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

En el último censo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población actual en la ciudad es de 1 539 819 (2010), hombres (734,352), mujeres (805,467), la edad mediana en ambos sexos es de 27 años.

Se hizo la determinación muestral de la muestra en un programa que se encuentra en <http://www.raosoft.com/samplesize.html> y con la fórmula considerando un intervalo de confianza del 95 % y un error estándar del 0.5 resultando 384 encuestas.

Se aplicó la encuesta en espacios abiertos únicamente en la zona urbana de la ciudad de Puebla, los sitios exactos fueron: el zócalo del centro histórico, los parques: “paseo bravo” y el “El de las ninfas”, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión.

No se utilizó un formato específico de consentimiento informado, el consentimiento fue de manera implícita, ya que se encuentra dentro del mismo cuestionario, donde se pregunta al encuestador si desea participar o no.



Los criterios de inclusión fueron: pacientes sin distinción de género, mayores de 18 años con dolor crónico en un periodo de tiempo igual o mayor a 3 meses que radican en la ciudad de Puebla. Los criterios de exclusión fueron personas menores de 18 años, pediátricos, personas con dolor agudo, personas con dolor con una duración menor a 3 meses.

Se trató de un estudio, prospectivo no aleatorizado de casuística poblacional en un grupo urbano abierto de la ciudad de Puebla.

Se analizaron los datos cualitativos a través del programa estadístico IBM SPSS y los datos cuantitativos a través del programa Microsoft Excel, donde los resultados serán presentados en porcentajes, calculando la media y la desviación estándar.

Las hojas de recolección de datos fueron vaciados a una hoja electrónica diseñada con esa finalidad (Excel 2007 para Windows, Microsoft, Inc. USA).

El instrumento que se utilizó fue una encuesta realizada por la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (Capítulos Latinoamericanos de la IASP), por sus siglas FEDELAT que se aplica en América Latina.

El análisis estadístico utilizado fue T de Student y Chi cuadrada para comparar variables cuantitativas continuas y cualitativas respectivamente entre los dos grupos de estudio.

## 7.- Resultados.

### 7.1. Demografía de la muestra.

Del total de la población de la Ciudad de Puebla de 1,539,819 (específicamente zona urbana, no se incluyen alrededores, ni población rural), se aplicó la encuesta a las 384 personas, donde 59 presentaron dolor crónico (15%). En aquellos con dolor crónico, se identificó que 46 personas fueron mujeres (78%), la edad promedio fue de 53.85 años (mínimo 19 años, máximo 82 años, DE: 16.86). La ocupación de aquellos con dolor crónico se describe en la **tabla 1**. Cabe destacar que 27 encuestados fueron amas de casa (46%).

**Tabla 1. Ocupación en sujetos con dolor crónico de la Ciudad de Puebla [N=59].**

<b>OCUPACION</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Operario de Maquinas	0	0%
Ama de Casa	27	46%
Estudiante	5	9%
Dueño de Empresa	0	0%
Ejecutivo	1	2%
Profesional Universitario	8	14%
Profesional Técnico	0	0%
Comerciante	2	3%
Oficinista	0	0%
Vendedor	0	0%
Secretaria Asistente	0	0%
Obrero	1	2%

Sector informal	2	3%
Desempleado	1	2%
Jubilado	4	7%
Otra	8	14%

**Pie de tabla 1.** La tabla muestra las ocupaciones de los encuestados que refieren dolor crónico. Abreviaciones: N, número de individuos. %, porcentaje. Fuente: Encuesta realizada a población abierta con motivo de esta tesis.

## 7.2. Características del dolor.

La duración del dolor reportó un promedio de 70 meses (mínimo 3, máximo 360, DE: 82). La intensidad del dolor mediante la *escala numérica análoga* (ENA, del cero al diez) presenta un promedio de 5 (DE: 3).

La frecuencia del dolor percibida por el encuestado muestra que 28 personas lo reportan "todos los días" (47%), 4 sujetos lo reportan de "4 a 6 veces por semana" (7%), 11 individuos de "2 a 4 veces por semana" (19%) y 16 de "1 a 2 veces por semana" (27%).

El reporte de la dinámica del dolor, señala que 16 personas lo manifiestan "todo el tiempo" (27%), seis lo refieren "todo el día" (10%), veintiuno "pocas horas" (36%), y dieciséis de forma "momentánea" (27%). La causa del dolor percibida por el encuestado se describe en la **tabla 2**. La localización anatómica del dolor se describe en la **tabla 3**.

**Tabla 2. Causalidad del dolor crónico en sujetos de la Ciudad de Puebla [N=59].**

<b>CAUSA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Estrés	2	3%
Lumbalgia Mecánica	10	17%
Artrosis	10	17%
Osteoporosis	0	0%
Artritis	8	14%
Herpes	1	2%
Diabetes	5	9%
Tumores	0	0%
Cáncer	0	0%
Problemas del corazón	1	2%
Problemas del sistema respiratorio	0	0%
Problemas del sistema digestivo	5	9%
Problemas del sistema circulatorio	3	5%
Problemas neurológicos	3	5%
Fibromialgia	0	0%
Lupus	1	2%
Otras	10	17%
Ninguna	0	0%

**Pie de tabla 2.** La tabla muestra la causalidad del dolor en los encuestados que refieren dolor crónico. Abreviaciones: N, número de individuos. %, porcentaje. Fuente: Encuesta realizada a población abierta con motivo de esta tesis.

**Tabla 3. Localización anatómica del dolor crónico en sujetos de la Ciudad de Puebla [N=59].**

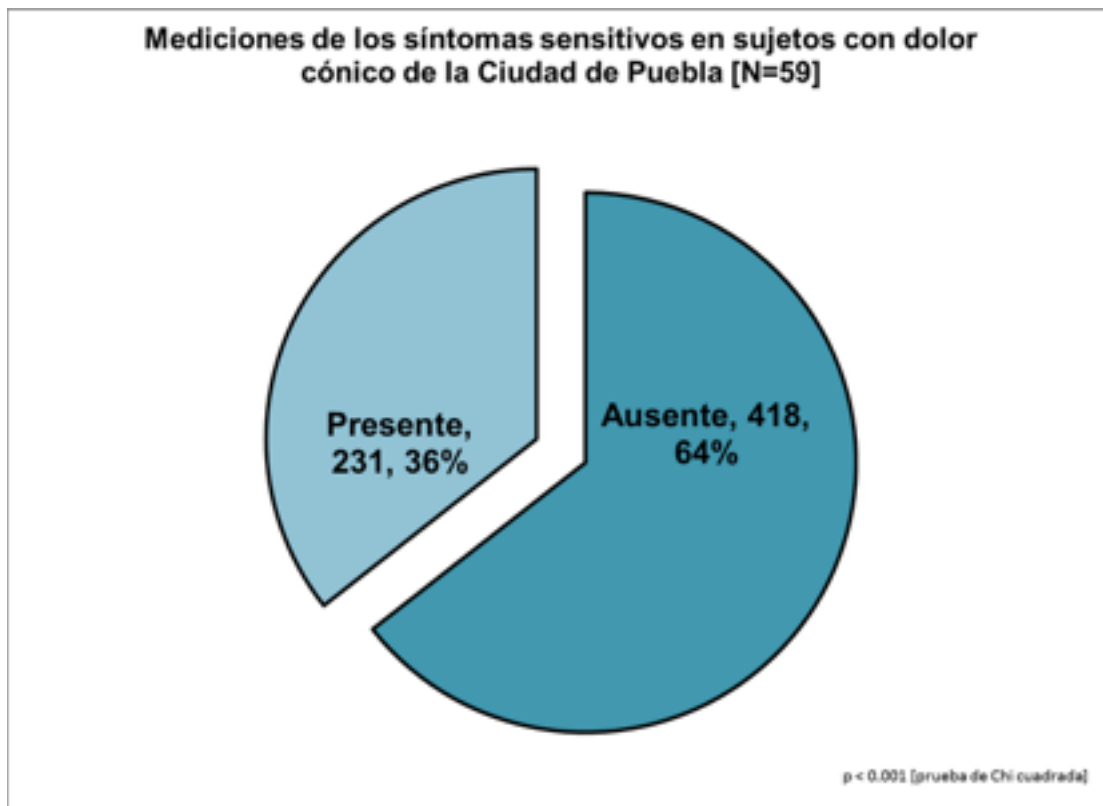
<b>LOCALIZACIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cabeza	6	10%
Cara	2	3%
Extremidades superiores	1	2%
Codo	0	0%
Pecho	1	2%
Muñeca	0	0%
Mano	7	12%
Abdomen	6	10%
Lumbar	9	15%
Cadera	3	5%
Pelvis	0	0%
Glúteos	0	0%
Muslo delante	0	0%
Hombro	0	0%
Rodilla	9	15%
Pierna	4	7%
Pantorrilla	0	0%
Tobillo	2	3%
Pie	4	7%
Otros	2	3%
Múltiples localizaciones	3	5%

**Pie de tabla 3.** La tabla muestra la localización del dolor en los encuestados que refieren dolor crónico. Abreviaciones: N, número de individuos. %, porcentaje. Fuente: Encuesta realizada a población abierta con motivo de esta tesis.

### 7.3. Síntomas sensitivos.

Se identificó en forma estadísticamente significativa que los síntomas sensitivos estuvieron presentes en 36% de las mediciones (231 de 649 mediciones, correspondientes a la respuesta de 59 encuestados por 11 síntomas sensitivos) **gráfica 1.**

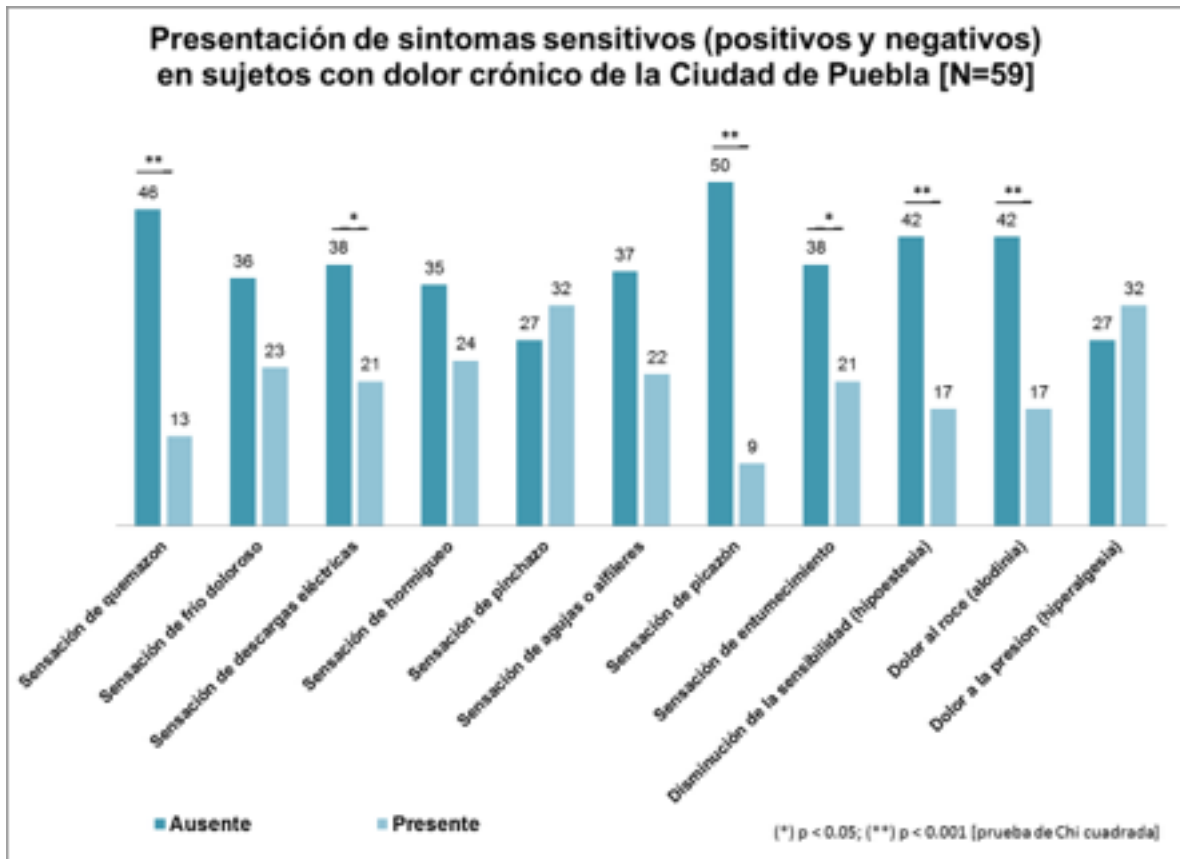
**Gráfica 1.**



**Pie de gráfica 1.** La gráfica muestra la presencia o ausencia de los síntomas sensitivos en aquellos que refieren dolor crónico. 231 de 649 mediciones, correspondientes a la respuesta de 59 encuestados por 11 síntomas sensitivos. Abreviaciones: N, número de individuos. %, porcentaje. Fuente: Encuesta realizada a población abierta con motivo de esta tesis.

Los síntomas sensitivos interrogados y ausentes en forma significativa fueron: “sensación de quemazón”, “sensación de descargas eléctricas”, “sensación de picazón”, “sensación de entumecimiento”, “disminución de la sensibilidad”, y “dolor al roce” **gráfica 2.**

Gráfica 2.



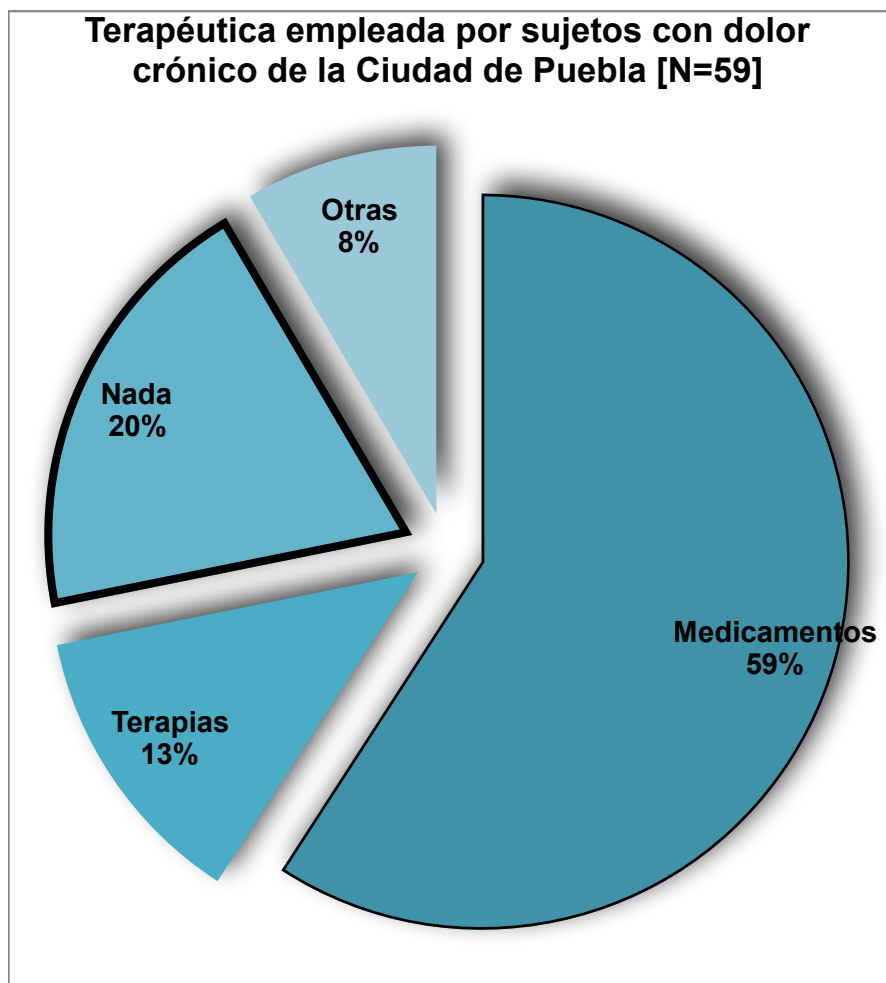
**Pie de gráfica 2.** La gráfica muestra la presencia o ausencia de los síntomas sensitivos en aquellos que refieren dolor crónico. Abreviaciones: N, número de individuos. %, porcentaje. Fuente: Encuesta realizada a población abierta con motivo de esta tesis.

El 100% de las personas reportaron síntomas sensitivos; el promedio de síntomas encontrado fue de 4 (mínimo 1, máximo 9, DE: 2).

#### 7.4. Preferencias terapéuticas

Las estrategias terapéuticas empleadas se describen en la **gráfica 3**. 42 sujetos encuestados consumen medicamentos (59%), mientras que 14 no consumen medicamentos para aliviar su dolor (20%).

**Grafica 3.**

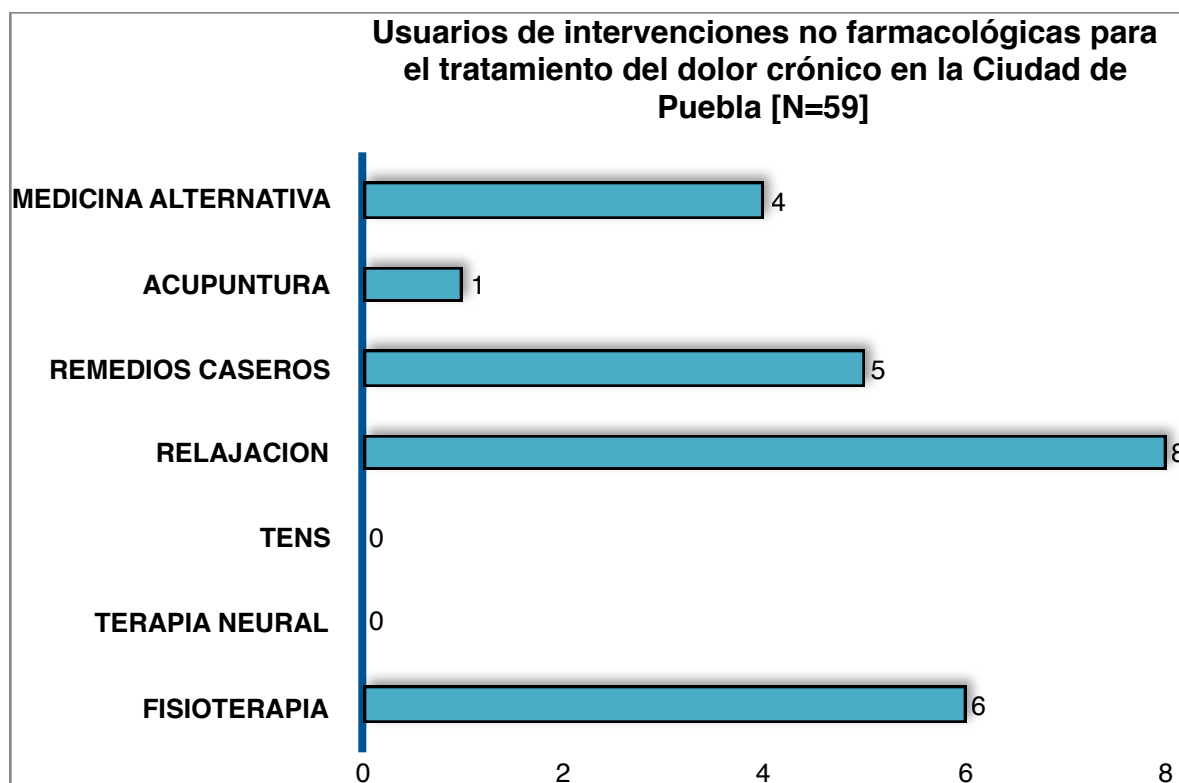


**Pie de gráfica 3.** La gráfica muestra las estrategias terapéuticas empleadas en las personas que refieren dolor crónico en la ciudad de Puebla. Abreviaciones: N, número de individuos. %, porcentaje. Fuente: Encuesta realizada a población abierta con motivo de esta tesis.

Las estrategias no farmacológicas se describen en la **gráfica 4**. Donde 8 sujetos utilizan la relajación, 6 fisioterapia, 5 remedios caseros, 3 personas utilizan más de una intervención no farmacológica para el alivio del dolor (5%). Uno de ellos usa relajación y medicina alternativa, otro relajación y remedios caseros, y el ultimo usa relajación, remedios caseros y acupuntura.



**Grafica 4.**



**Pie de gráfica 4.** La gráfica muestra las intervenciones no farmacológicas empleadas en las personas que refieren dolor crónico en la ciudad de Puebla. Abreviaciones: N, número de individuos. Fuente: Encuesta realizada a población abierta con motivo de esta tesis.

Identificamos que 14 personas aun con dolor crónico no buscan atención medica de ninguna índole. De los 45 restantes, 25 sujetos acuden con el medico familiar o general (primer contacto de atención) y 20 con el medico especialista. Los especialistas más visitados son: el internista (5), el traumatólogo (5), neurólogo (3), reumatólogo (3); el neurocirujano, cirujano general, endocrinólogo y neurólogo fueron vistos por 1 persona respectivamente.

Cuatro personas acuden con 2 médicos simultáneamente (uno de ellos con el neurólogo y neurocirujano; otro de ellos con el endocrinólogo y el traumatología; otro

con el medico familiar y el internista; otro con el medico familiar y traumatólogo). De igual forma cuatro acuden con el fisioterapeuta, se describe en la **tabla 4**.

**Tabla 4. Especialidad de los médicos a los que acuden las personas que refieren dolor crónico. [N=59].**

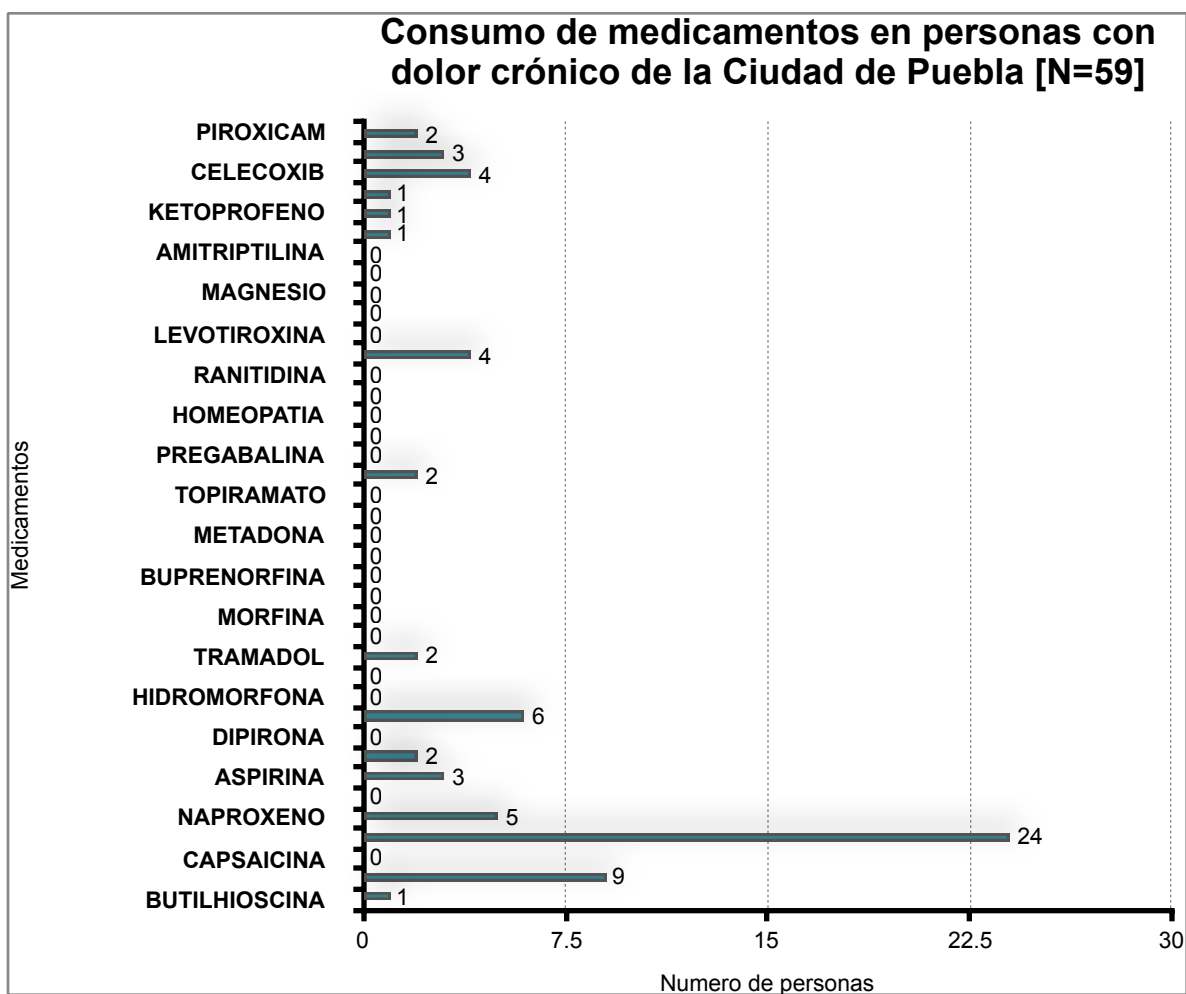
ESPECIALIDAD	N
CARDIOLOGO	0
GINECOLOGO	0
TRAUMATOLOGO	5
ANESTESIOLOGO	0
NEUROLOGO	3
INTERNISTA	5
OFTALMOLOGO	0
DOLOR	0
REUMATOLOGO	3
NEUROCIRUJANO	1
CIRUJANO	1
ONCOLOGO	0
ENDOCRINOLOGO	1
GASTROENTEROLOGO	0
HEMATOLOGO	0
UROLOGO	0
NEFROLOGO	1
MEDICO FAMILIAR	25

**Pie de tabla 4.** La tabla muestra el numero de personas que refieren dolor crónico y acuden con el medico familiar y las otras especialidades. Abreviaciones: N, número de individuos. Fuente: Encuesta realizada a población abierta con motivo de esta tesis.

Al interrogar acerca de la atención proporcionada para el alivio del dolor 40 sujetos refirieron al medico, 5 sujetos se automedicaron, 2 por la recomendación de un familiar y 1 por la publicidad sobre una intervención o medicamento. 3 (5%) personas obtuvieron la atención por varias fuentes, 2 de ellos por el medico y un familiar, y el restante por automedicación y por el médico.

Los medicamentos consumidos por los encuestados se expresan en la **gráfica 6**. El medicamento mayormente utilizado fue el Diclofenaco, consumido por 24 personas (41%). El numero de medicamentos consumidos en promedio por los enfermos es de 1.18 (máximo 4, moda 1, DE: 0.99).

**Grafica 6.**

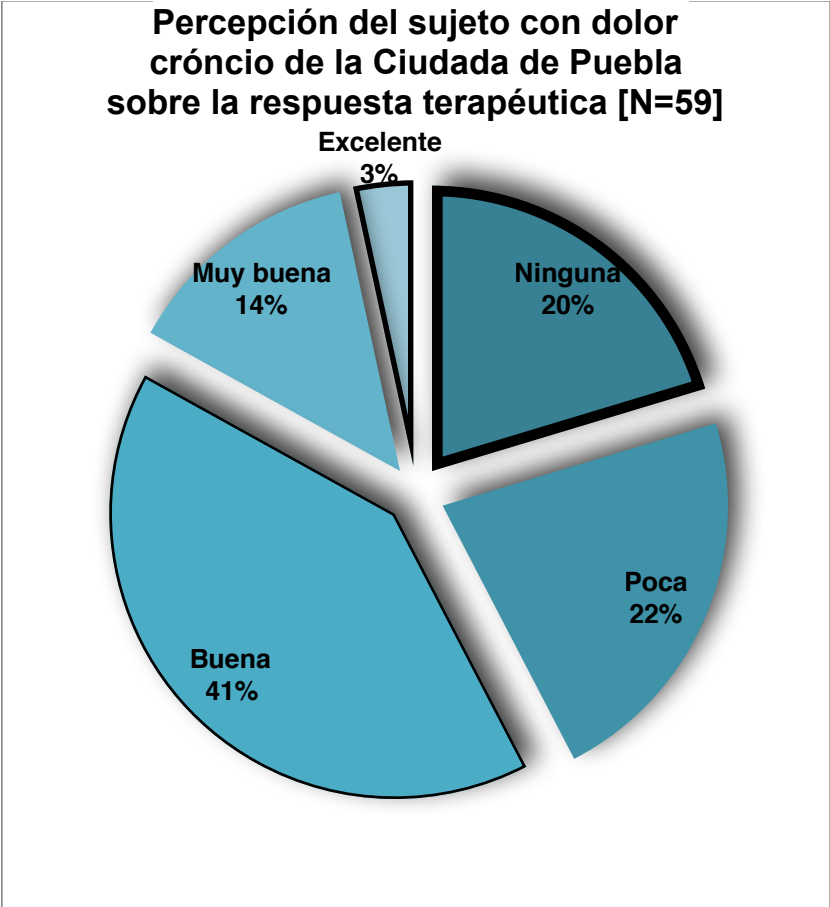


**Pie de gráfica 6.** La gráfica muestra el consumo de medicamentos en las personas que refieren dolor crónico en la ciudad de Puebla. Abreviaciones: N, número de individuos.

Fuente: Encuesta realizada a población abierta con motivo de esta tesis.

La respuesta percibida por el sujeto hacia la terapéutica se muestra en la **gráfica 7**. Llama la atención que 41% la considera buena, mientras que el 20% considera una respuesta ausente.

**Grafica 7.**



**Pie de gráfica 7.** La gráfica muestra la percepción del sujeto con dolor crónico en la ciudad de Puebla sobre la terapéutica. Abreviaciones: N, número de individuos. %, porcentaje. Fuente: Encuesta realizada a población abierta con motivo de esta tesis.

El grado de afectación percibida por el sujeto con dolor crónico sobre las actividades de su vida diaria, mediante una escala del 1 al 10 (donde 1 es igual a “no le afecta en lo absoluto”, y 10 “Le afecta enormemente”). Presenta un promedio de 5.6 (DE: 2.8 y moda: 6 ). 54 personas refiere cierto grado afectación (92%), 26 personas presentan un grado de afectación que supera el valor de 5 (44%), 13 personas reporta una calificación de 9 a 10 (22%).

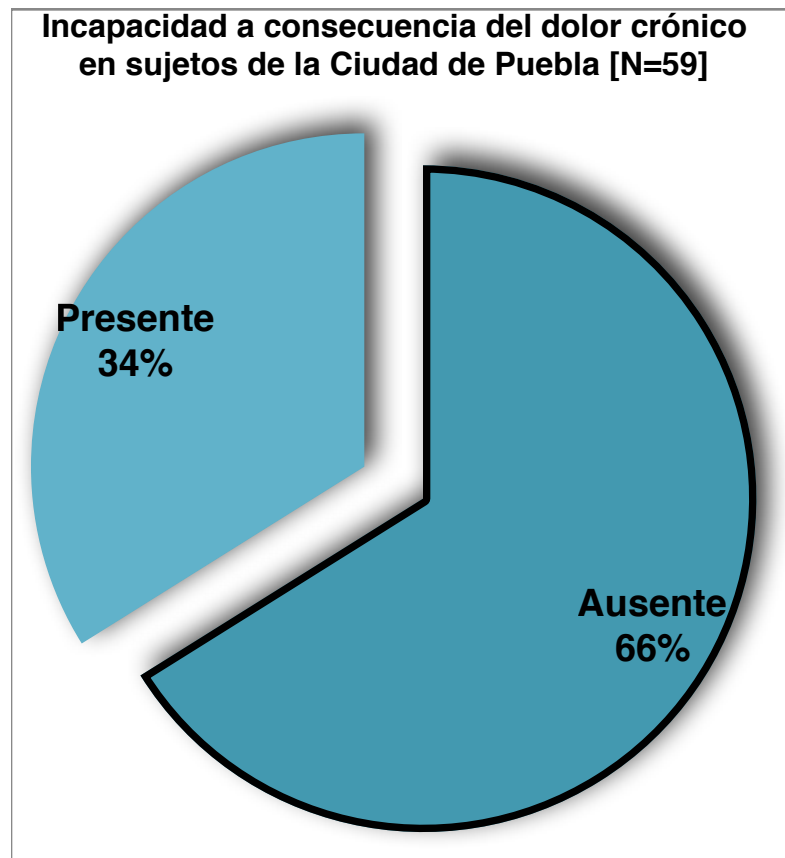
Utilizando una escala categórica de 4 puntos se analizo el grado de afectación del dolor en diferentes contextos de la vida diaria. Las categorías contempladas son: “No afecta”; “Afecta poco”; “Afectación Moderada” y “Afectación severa”. Las actividades evaluadas fueron la marcha (caminar), “autocuidado”, “trabajo”, “vida social”, “afecta mi vida por enojo”, afecta mi vida por depresión”, “vida sexual”, “el sueño”. Los resultados se describen la **tabla 5**.

**Tabla 5. Grado de afectación del dolor en diferentes contextos de la vida diaria.**

Categoría	Cuidado		Caminar		Trabajo		Social		Emocional		Triste		Sexual		Sueño	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No afecta	37	63%	18	31%	24	41%	27	46%	25	42%	34	58%	54	91.50%	24	41%
Afecta poco	11	19%	13	22%	11	19%	13	22%	12	20%	3	5%	1	1.70%	7	12%
Afectación moderada	9	15%	15	25%	15	25%	13	22%	6	10%	7	12%	2	3.40%	9	15%
Me afecta severamente	2	3%	13	22%	9	15%	6	10%	16	27%	15	25%	2	3.40%	19	32%

Se encontró en forma significativa que 34% de los encuestados reportan haber requerido incapacidad a consecuencia del dolor **gráfica 8**.

**Gráfica 8.**



*p < 0.05 [prueba de Chi cuadrada]*  
*DÍAS DE INCAPACIDAD ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE DOLOR CÓNICO*  
[promedio 0.76, mínimo 0, máximo 5, moda 1, DE: 1.25]

**Pie de gráfica 8.** La gráfica muestra la personas con dolor crónico en la ciudad de Puebla que reportan haber requerido incapacidad. Abreviaciones: N, número de individuos. %, porcentaje. Fuente: Encuesta realizada a población abierta con motivo de esta tesis.



## **8. Discusiones.**

En el presente estudio identificamos que 15% de los encuestados presenta dolor crónico. Esta muestra contempla únicamente a población adulta. En la revisión que realicé sobre la prevalencia de dolor crónico en otras poblaciones, identifique resultados son similares a lo descrito en población Europea (13).

78% de la población estudiada en esta muestra fueron mujeres. Este resultado es coincidente al observado en población Europea (13). La edad promedio de aquellos que sufren dolor crónico en el área urbana de Puebla y en Europa se sitúa en la sexta década de la vida.

46% de la población encuestadas es “ama de casa” mientras que el 14% es profesional universitario. Esta evaluación no ha sido tomada en cuenta en los estudios europeos ni americanos. Un estudio canadiense sobre mujeres con dolor crónico identifica que el 50% de la portadoras son profesionistas.

La duración del dolor en nuestra muestra es de 6 años, el estudio de Breivik y colaboradores (2006) se documenta en 7 años (13). La intensidad del dolor mediante la ENA fue de 5. Esto es similar a lo identificado en las clínicas del dolor en Mexico Covarrubias-Gomez y colaboradores (2008) (30).

En nuestra muestra la mitad de los enfermos refiere presentar dolor en forma diaria, en el estudio de Breivik esto ocurre en un tercio de los pacientes (13). Coincidentemente con el estudio europeo, la zona anatómica más frecuentemente dolorida es la espalda baja (18% en europeos, y 17% en poblados). La artrosis, la artritis y otras causas no especificadas presentan porcentajes similares, sobre la artrosis Barragán-Berlanga identificó que es la causa más frecuente de dolor en el anciano mexicano.

20% de la población no consume ningún tipo de terapéutica, mientras que 6 de cada 10 consumen medicamentos, el medicamento más prescrito fue el diclofenaco, seguido del paracetamol.

7% utiliza medicina alternativa resultado que contrasta con otros estudios realiza-

dos en población mexicana. De igual forma 5% utilizan más de una alternativa no farmacológica para el alivio de su dolor, siendo las más frecuentemente utilizadas “la relajación” y “la fisioterapia”.

Un porcentaje importante de los encuestados acude con el médico familiar (42%), y 7% visitan a dos médicos o más en forma simultánea, estos resultados son discrepantes con los reportados en población europea, donde el 70% de los europeos acude con el médico de primer contacto. En Europa 10% de los que aquejan dolor crónico se encuentran “insatisfechos” o “un poco insatisfechos” con la terapéutica congruentemente la muestra poblana estudiada documenta que 20% no considera ningún tipo de respuesta con la terapéutica, lo que posiblemente incida en la satisfacción hacia la atención médica proporcionada.

Un estudio realizado por la World Health Organization-sponsored Global Burden of Disease, utiliza el término de “discapacidad” para definir la pérdida de la salud, calcula las métricas basadas en el tiempo ajustados por años de vida de discapacidad y los años vividos con discapacidad, esto para comparar y cuantificar la carga mundial de diversas enfermedades. De acuerdo a este estudio, la lumbalgia tiene más discapacidades que cualquier otra enfermedad en todo el mundo, con el 10.7% del total de años vividos con discapacidad, ocupa el 6to lugar en cuanto a la carga global de enfermedad con 83 millones de años de vida ajustados a discapacidad, es la principal causa de discapacidad en países desarrollados y en vía de desarrollo, es la principal causa de limitación de actividades y ausentismo laboral en la mayoría de lugares del mundo. (42)

Los pacientes con condiciones de dolor consumen cerca del doble de los recursos de atención en salud, en comparación con la población general. En Estados Unidos, el manejo del dolor requiere una serie de servicios que elevan los costos de forma sustancial. La mayor parte de la proporción de los costos médicos se gastan por el dolor de espalda baja (hospitalización 17%, farmacia y atención primaria 13%). Un estudio europeo de pacientes con dolor crónico reveló que el 93% visitó su médico por esta causa en los últimos 6 meses. La carga acumulada de dolor

crónico, incluyendo el costo para los pacientes, para quienes los cuidan, para el sistema de salud y para la economía es invaluable. En Estados Unidos el Informe Anual de Costos del 2010, arrojó que el costo del dolor es de 560-635 mil millones de dólares, mucho mayor que el costo anual de enfermedades del corazón (309 millones de dólares), cáncer (243 millones de dólares) y diabetes (188 millones de dólares). (41) Por supuesto que habría que elaborar un estudio específico para tener una idea más exacta de lo que sucede en Puebla.

## **9. Conclusiones.**

3 de cada 20 poblanos tiene dolor crónico y 4 de cada 20 tiene Diabetes Mellitus tipo 2, esta analogía sirve para expresar la magnitud del problema de salud pública que se enfrenta la medicina institucional y privada ante pacientes con un padecimiento doloroso crónico.

8 de cada 10 mujeres poblanas y europeas presentan dolor crónico, si bien se cree que la percepción del dolor en mujeres va relacionado a diferentes factores fisiológicos (43), los determinantes sociales de la salud nos hablan de las condiciones estructurales en perspectiva de género (44).

El estudio Barragán-Berlanga y colaboradores (2007) sobre dolor crónico en el paciente anciano identifica que 40% de los mexicanos añosos presenta esta forma de dolor (25). Esto es importante ya que los sistemas de salud pese a que contemplan recientemente al adulto mayor no han puesto énfasis en estrategias de salud pública enfocadas al dolor de ese grupo poblacional.

El estado socioeconómico difiere entre el primer mundo y los países en vías de desarrollo, esto puede influir en la cosmovisión del dolor de acuerdo a diversos autores. Y pone de manifiesto el enfatizar la atención en población femenina sin acceso a un ingreso económico. Del mismo modo el hecho que 2 de cada 10 sean universitarios toma especial relevancia al identificar portadores en la población económicamente activa lo que puede impactar en las estructuras de dinámica familiar, ingresos, y compensaciones a consecuencia del dolor.

El que una persona se encuentre con 5 años de dolor, impacta en la economía del mismo ya que este tiene que invertir un gasto en el manejo del padecimiento, y para la economía representa un rezago de recursos con limitaciones, ya que no puede desarrollarse de manera optima dentro de su entorno social o laboral.

Llama la atención que las personas consideren en “cinco” la intensidad del dolor, y que en las clínicas del dolor del país también se refiera ese número en promedio. Ya que independientemente de la terapéutica empleada la variable intensidad no se modifica por lo que utilizarla en un contexto unidimensional para ajustar la terapéutica (escalera analgésica de la OMS) representa un error en aquellos que sufren dolor crónico. Diversos autores entre los que destaca la Federación Europea de capítulos de IASP, postula que la evaluación del dolor debe contemplar no solo la intensidad sino también la funcionalidad, el estado psicoafectivo, la capacidad para conciliar y mantener el sueño y los riesgos asociados a la terapéutica analgésica (ORT, Opiod Risk Tool).

La mitad de los Poblanos con dolor crónico lo refiere “todo el tiempo” contrastando con los Europeos. Posiblemente esto se deba a la diferencia en los estilos de vida. No hay estudios latinoamericanos que sirvan para evaluar esta variable en esta población. Por lo que se requiere una evaluación más profunda sobre las variables psicosociales que influyen en el dolor crónico de acuerdo a la geografía de presentación.

Es importante conceptualizar que la artritis/artrosis afecta en porcentajes similares en poblanos y europeos, ocurriendo lo mismo con el dolor de espalda baja. En forma importante enfatizamos que Mexico cuenta con parámetros de practica para el manejo del dolor lumbar realizados por la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor; y otras sobre la misma temática por el Centro Nacional de Excelencia y Tecnología (CENETEC). Por el contrario resultaría conveniente contar con guías nacionales acerca del manejo y control del dolor de aquellos que padecen artritis, artrosis o enfermedad articular degenerativa siendo este segmento en particular un área de oportunidad en salud.

En congruencia con diversos estudios internacionales la proporción de enfermos que no ocupa tratamiento se presenta en dos de cada diez sujetos; sin que esto signifique que consideren su dolor controlado o de una intensidad menor. Los anti-inflamatorios no esteroides coincidentemente a lo observado en Europa son los fármacos mayormente utilizados, destacando en este grupo en particular el diclofenaco, ketorolaco y naproxeno. La utilización de paracetamol es similar en Europa y en Puebla. Eso sugiere que las tendencias de prescripción entre los médicos de primer contacto sea similar y no por ello representen la satisfacción del individuo con su terapéutica.

Si bien las proporciones de los abordajes no farmacológicos se encuentran entre el 5% y el 13% dependiendo de la intervención resulta destacado identificar que en forma empírica se accede a abordajes multidisciplinarios para el alivio del dolor. Diversas revisiones internacionales proponen que la fisioterapia, las estrategias cognitivo-conductuales entre las que se incluye la relajación por imaginación guiada se encuentran en la base del abordaje terapéutico del enfermo con dolor crónico (por ejemplo, las guías NICE del Reino Unido para dolor articular y lumbalgia inespecífica).

Dos de cada 10 poblados perciben que el manejo analgésico no les ayuda, por lo tanto se debe considerar la creación de espacios multidisciplinarios en la atención médica de los que presentan este padecimiento crónico.

Puedo concluir que definitivamente el dolor crónico es un problema de salud pública y global, sin importar las distintas regiones del mundo, culturas o determinantes sociales. Conforme el tiempo avanza, desde el 1990 algunas enfermedades han disminuido en prevalencia, mientras que las cargas asociadas al dolor crónico, en muchos casos van en aumento. Puede que esto sea debido al envejecimiento de la población en países desarrollados, aumento en la supervivencia en la edad media y avanzada en países en vía de desarrollo; resultando en un creciente tamaño de la población e incremento de enfermedades crónicas.

La epidemiología del dolor es un reto para la salud pública, debido a la subjetivi-

dad de la misma, necesitamos elaborar más estudios que tengan una trascendencia, para poder desarrollar nuevas estrategias, políticas públicas y líneas de trabajo enfocadas no solo en disminuir el síntoma, sino en prevenirlo, pudiendo mejorar el desempeño laboral, la vida social, la economía y productividad tanto de los individuos como de las Instituciones.

## 10. Bibliografía.

1. Merskey, Pain terms a current list with definitions and notes on usage. *Pain*. 1986;24:S215-S221.
2. FULÖP-MILLER R. TRIUMPH OVER PAIN. *The American Journal of the Medical Sciences*. 1938;196(6):869.
3. Bonica, J.J. History of Pain concepts and pain therapies. *Seminars in Anesthesia*. 1985;189:208.
4. Wilson K.E. Implicaciones psicológicas del dolor crónico. En P. Prithvi Raj, *tratamiento práctico del dolor*. 2002; 332-346.
5. Cerveró, F. y Laird, J.M.A. Fisiología del dolor. En L. Aliaga, J. E. Baños, C. de Barutell, J. Molet, y A. Rodríguez de la Serna (Eds.), *Tratamiento del dolor. Teoría y Práctica*. 2002; 9-25.
6. Anand KJ, Craig KD. New perspective on the definition of pain. 1996; 3
7. Bonica J. The Management of Pain. *Southern Medical Journal*. 1954;47(8): 802.
8. Chapman C, Casey K, Dubner R, Foley K, Gracely R, Reading A. Pain measurement: an overview. *Pain*. 1985;22(1):1-31.
9. Bosch F, Toranzo I, Baos J. A Survey of Pain Complaints and Treatment by General Practitioners in the Spanish Public Health Organization. *The Clinical Journal of Pain*. 1990;6(3):206-211.
10. Bonica J. Evolution and current status of pain programs. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1990;5(6):368-374.
11. Grichnik K, Ferrante F. The difference between acute and chronic pain. *Mt Sinai J Med*. 1991;58(3):217-20.
12. *Textbook of Pain*. Edited by P. D. Wall and R. Melzack. (Pp. 2000; illustrated; £95.00.) Churchill Livingstone: Edinburgh. 1989. *Psychological Medicine*. 1989;19(04):1048.
13. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 2006;10(4):287-287.
14. Goldberg D, McGee S. Pain as a global public health priority. *BMC Public*

- Health. 2011;11(1).
15. Covarrubias-Gómez A. Papel del anestesiólogo en el manejo del dolor crónico. *Rev Mex Anest* 2008;31:S235-S237
  16. Bakoush O, Elgzyri T. Do We Have a Diabetes Epidemic in Libya?. *Libyan Journal of Medicine*. 2006;;123-125.
  17. Elzahaf R, Tashani O, Unsworth B, et al. The prevalence of chronic pain with an analysis of countries with a Human Development Index less than 0.9: a systematic review without meta-analysis. *Current Medical Research and Opinion*. 2012;28(7):1221-1229.
  18. Tsang A, Von Korff M, Lee S, et al. Common Chronic Pain Conditions in Developed and Developing Countries: Gender and Age Differences and Comorbidity With Depression-Anxiety Disorders. *The Journal of Pain*. 2008;9(10):883-891.
  19. GUREJE O, VON KORFF M, SIMON G, GATER R. Persistent Pain and Well Being: a World Health Organization Study in Primary Care. *Survey of Anesthesiology*. 1999;43(3):174-175.
  20. Boulanger A, Clark A, Squire P, et al. Chronic Pain in Canada: Have We Improved Our Management of Chronic Noncancer Pain?. *Pain Research and Management*. 2007;12(1):39-47.
  21. Blyth F, March L, Brnabic A, et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*. 2001;89(2):127-134.
  22. Björnsdóttir S, Jónsson S, Valdimarsdóttir U. Functional limitations and physical symptoms of individuals with chronic pain. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2012;42(1):59-70.
  23. Torrance N, Smith B, Bennett M, et al. The Epidemiology of Chronic Pain of Predominantly Neuropathic Origin. Results From a General Population Survey. *The Journal of Pain*. 2006;7(4):281-289.
  24. Varanda L, Pereira P, Alves L, Prevalencia, intensidad de dolor crónico y autopercepción de la salud entre ancianos: estudio de base poblacional. *Rev Latino-A. Enfermagem* 2014; 22(4):662-9
  25. Barragán A, Mejía S, Gutierrez L, Dolor en adultos mayores de 50



- años:prevalencia y factores asociados. Salud Publica Mex 2007;49 supl 4:S488-S494.
26. Johannes C, Kim L, Xiaolei Z, et al. The prevalence of chronic pain in United States Adults: Results of an Internet-Based Survey. The Journal of pain, vol 11, No 11, 2010: pp 1230-1239.
  27. Elzahaf R, Johnson M, Tashani O. The epidemiology of chronic pain in Lybia: a cross sectional telephone survey. Public Health, 2016; 16:77
  28. Nakamura M, Nishiwaki Y, Ushida T, et al. Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan: A second survey of people with or without chronic pain. J Orthop Sci, 2014, 19:339-350
  29. Prasad G, Paramanand J, Naresh S, et al. Prevalence of chronic pain, impact on daily life, and treatment practice in India. Pain practice, vol 14, Issue 2, 2014 E51-E62.
  30. Covarrubias A, Clínicas del dolor en México. Rev. Mexicana de Anestesiología, Vol. 31. No. 1, 2008 pp 66-70
  31. Frenk, J. et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. e Lancet, Vol. 376.
  32. Ruelas E, Concheiro A, Futuros de las especialidades médicas en México. Academia Nacional de Medicina. Ciudad de México, 1era edición:editorial intersistemas; 2015.
  33. Fajardo G, Graue E, Kershenobich D, et al. Desarrollo de las Especialidades Médicas en México. Ciudad de México: Editorial Alfil; 2012.
  34. Covarrubias A, Guevara U. ¿Qué son las clínicas del dolor?. Revista Digital Universitaria 2006;7:2-7.
  35. García V. La clínica del dolor: su origen y evolución. Rev Mex Anest 2002;25:15-18
  36. De Lille R. Breve historia de la conquista moderna del dolor en México. Gaceta Mexicana del Dolor 2003;1:7
  37. <http://www.hup.buap.mx/>
  38. [http://calidad.salud.gob.mx/site/mail/2015/01/doc/02\\_E.pdf](http://calidad.salud.gob.mx/site/mail/2015/01/doc/02_E.pdf)

39. García J, Reding A, López J, Calculo del tamaño de la muestra, México D.F., México. *Inv Ed Med* 2013;2(8):217-224
40. Covarrubias A, Guevara U, Lara A, Tamayo-Valenzuela AC, Salinas-Cruz J, Torres-González R Características de los enfermos que acuden a clínicas del dolor por primera vez, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (5)
41. Henschke N, Steven J, Maher C. The Epidemiology and Economic Consequences of Pain. Mayo Foundation for Medical Education and Research *Mayo Clin Proc.* 2015;90(1):139-147.
42. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborator: Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online June 8, 2015.
43. Greenspan JD, Craft RM, LeResche L et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain*, 2007;132:26-45.
44. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, 2011. The social determinants of health: coming of age. *Annu. Rev. Public Health* 32:3.1-3.18

## 11. Anexos

### 11.1 Se anexa cuestionario.

**FEDERACION LATINOAMERICANA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR.  
PREVALENCIA DEL DOLOR CRONICO EN LATINOAMERICA.  
CUESTIONARIO DOLOR**

PAIS \_\_\_\_\_  
INVESTIGADOR RESPONSABLE \_\_\_\_\_

Buenos días, tardes, mi nombre es: \_\_\_\_\_  
En estos momentos estamos haciendo un estudio para la Federación Latinoamericana para el Estudio del Dolor, acerca de la epidemiología del dolor en Latinoamérica, es una encuesta para la comunidad científica y le pedimos que por favor nos apoye contestando unas preguntas, esta es una iniciativa latinoamericana netamente científica, LIBRE de intereses comerciales.

Podría hacerle unas cortas preguntas por favor?

1
2

SI (Continuar)  
NO (Terminar)

1. Como le gustaría que lo llame durante esta entrevista? (señor (a),

2. Género.

1
2

Femenino  
Masculino

3. Podría decirme su edad por favor (anotar edad exacta): \_\_\_\_\_  
*(Continuar sólo si es mayor de 18 años, si es menor agradecer y suspender)*

4. Actualmente sufre usted de algún tipo de dolor o se encuentra tomando medicamento para el dolor? (respuesta única)

1
2

SI (Continuar)  
NO (Terminar)

1. Por cuánto tiempo ha padecido usted de este dolor, podría indicarme por favor si son años, meses o días:  
*(Si tiene 3 meses o más tiempo de dolor, continua la encuesta. si no se agradece y se suspende)*

\_\_\_\_ Años  
 \_\_\_\_ Meses  
 \_\_\_\_ Días

5. Podría indicarme cual es su ocupación actual?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (respu  
 esta única)

Operario de máquinas	1
Ama de casa	2
Estudiante	3
Dueño de empresa	4
Ejecutivo	5
Profesional Universitario	6
Profesional Técnico	7
Comerciante	8
Oficinista	9
Vendedor	10
Secretaría/Asistente	11
Obrero	12
Sector informal	13
Desempleado	14
Jubilado	15
Otra: ¿Cuál?	16

**2. Conoce la causa de su dolor, (ó el diagnóstico que hizo su médico)? Cuál es?**  
 El operador debe esperar la respuesta y ubicarlo en la tabla

	Stress	
	Lumbalgia mecánica	
	Artrosis	
	Osteoporosis	
	Artritis	
	Herpes	
	Diabetes	
	Tumores(especificar)	
	Cáncer (lugar)	
	Problemas del corazón (especificar)	
	Problemas del sistema respiratorio (especificar)	
	Problemas del sistema digestivo (especificar)	

	Problemas del sistema circulatorio (especificar)	
	Problemas neurológicos (especificar)	
	Fibromialgia	
	Otros especificar	

**3. Podría indicarme la frecuencia de su dolor? (respuesta única)**


- De 1 a 2 veces a la semana
- De 2 - 4 veces a la semana
- De 4 - 6 veces a la semana
- A diario

**4. Cuando presenta este dolor, cuánto tiempo le dura?**


- Momentáneo
- Pocas horas
- Un día
- Todo El tiempo

**5. En una escala de 0 al 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 el peor dolor que pueda imaginar. Diga cuánto dolor tiene en este momento (respuesta única)**

*El operador marca según respuesta del paciente*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ausencia de Dolor											El peor dolor que pueda imaginar

6. Diga, por favor, donde está localizado su dolor, (El sitio donde empieza el dolor)? *El operador debe esperar la respuesta y ubicarlo en la tabla*

1	Cabeza (Especificar)
2	cara
3	Extremidades superiores (Especificar)Parte superior del brazo
4	Codo
5	Pecho (Especificar) o Tórax
6	Muñeca
7	Mano
8	Abdomen (Especificar)
9	Lumbar
10	Cadera (Especificar)
11	Pelvis
12	Glúteos
13	Muslo Delante
14	hombro
15	Rodilla
16	Pierna
17	Pantorrilla
18	Tobillo
19	pie
20	Otros especificar:

7. Responda SI o NO a las siguientes preguntas.

		SI	NO
Su dolor tiene alguna de las siguientes características?	Sensación de Quemazón		
	Sensación de frío doloroso		
	Descargas eléctricas ó corrientazos		
Tiene uno o más de los siguientes síntomas en la zona del dolor?	Hormigueo		
	Pinchazo		
	Sensación de alfileres o agujas		
	Picazón		
Su dolor está localizado en un área donde hay	Entumecimiento		
	Disminución de la sensibilidad? (capacidad de sentir?)		
En la zona dolorosa, el dolor puede ser causado o incrementado por:	Rozar la piel suavemente con una tela o con la mano?		
El dolor se aumenta	Al realizar presión sobre el sitio del dolor?		

**8. Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor? *El operador debe esperar la respuesta y ubicarlo en las tablas***

1
2
3
4
5

Bloqueos  
 Medicamentos  
 Terapias  
 Nada  
 Otras

**9. Si son medicamentos, recuerda cuáles esta tomando para el dolor?**

---



---



---

Diclofenac	
Naproxeno	
Aspirina	
Ibuprofeno	
Dipirona	
Acetaminofen	
Ketorolaco	
Hidromorfona	
Hidrocodona	
Tramadol	
Oxicodona	
Morfina	
Codeina	
Buprenorfina	
Fentanilo	
Metadona	
Acemetacina	
Topiramato	
Gabapentín	
Pregabalina	
Terapias herbales	

Homeopáticos	
venlafaxina	
Duloxetina	
amitriptilina	

10. Que otro tratamiento recibe para aliviar su dolor? Por favor, especifique

OTRAS	FISIOTERAPIA	T. NEURAL	TENS	RELAJACION	REMEDIOS CASEROS	ACUPUNTURA	MEDICINA ALTERNATIVA	OTRAS

11. Podría indicarme quien le indicó o recomendó los medicamentos que utiliza para el dolor? (respuesta múltiple)

Recetado por un medico	1
Automedicado	2
Recomendado por un farmaceuta	3
Recomendado por familiar o amigo	4
Lo conoció a través de una publicidad	5
Otro: (especificar)	6

12. La respuesta al tratamiento que está recibiendo es: (respuesta única)

Ninguna	Poca	Buena	Muy Buena	Excelente

13. Podría indicarme la especialidad de su médico tratante para el dolor? (respuesta múltiple)

Cardiólogo	1	Oncólogo	13
Ginecólogo	2	Medicina Familiar	14
Traumatólogo	3	Endocrinólogo	15
Anestesiólogo	4	Gastroenterólogo	16
Neurólogo	5	Hematólogo	17
Internista	6	Urólogo	18



Oftalmólogo	7	Otro (Especificar)	19
Especialista del dolor	8		
Reumatólogo	9		
Neurocirujano	10		
Cirujano General	11		
Clinica del dolor	12		

- 14.** Pensando ahora en el efecto que tiene o ha tenido el dolor en su vida diaria. Utilizando una escala del 1 al 10 , donde 1 significa que no le afecta en absoluto y 10 significa que le afecta enormemente. ¿Que tanto considera usted que el dolor afecta o interfiere en su vida diaria.  
*Contestación verbal y anotación del operador*

**No afecta en absoluto**

**Le afecta enormemente**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 15. Qué nivel de afectación de sus actividades ha tenido a causa de este padecimiento? ( respuesta múltiple)**

	NO AFECTA	AFECTA POCO	AFECTACION MODERADA	AFECTACION SEVERA
Interfiere con el propio cuidado				
Interfiere al caminar				
Interfiere con el trabajo				
Afecta la vida social				
Me irrita y me afecta emocionalmente				
Me pone triste, deprimido				
Afecta su vida sexual?				
Interrumpe el sueño				

16. Ha estado incapacitado alguna vez por causa de su dolor?

1
2

SI  
NO

17. Si su respuesta es si, durante cuantos días ha estado incapacitado?

1
2
3
4
5

Menos de una semana  
Entre 1 semana y un mes  
Entre 1 y 6 meses  
Entre 6 meses y un año  
Más de un año

Nombre del encuestador \_\_\_\_\_

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACION, ESPERO QUE SE MEJORE PRONTO!!