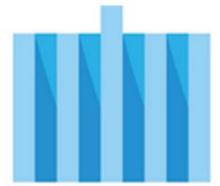




UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
Dr. Manuel Quintela

# CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO ASISTIDOS EN UNA POLICLÍNICA DE DOLOR

Hospital de Clínicas, agosto a octubre del 2019

## ESTUDIANTES

- Llambí, Sara
- López, Maycol
- Lupano, Soledad
- Marmolejo, Tabaré
- Molina, Américo
- Suhr, Victoria

## ORIENTADORAS

- Clínica Médica B, Prof. Adj. Natalia Bernardi
- Dpto. de Anestesiología, Prof. Adj. Dra. Ana Schwartzmann

Ciclo de Metodología Científica II-2019

Grupo 10

Universidad de la República  
Montevideo- Uruguay

# ÍNDICE

RESUMEN .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	5
METODOLOGÍA .....	9
RESULTADOS .....	10
DISCUSIÓN .....	17
CONCLUSIONES.....	18
BIBLIOGRAFÍA .....	19
AGRADECIMIENTOS.....	22
ANEXOS .....	22
ENCUESTA CERRADA CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO .....	22
Cuestionario breve para la evolución del dolor (Edición Corta) .....	28
Escala HAD: Hospital, ansiedad y depresión.....	30
Escala de catastrofismo ante el dolor .....	32
Consentimiento informado .....	32

## RESUMEN

Introducción: El dolor crónico en pacientes no oncológicos constituye un grave y creciente problema del sistema sanitario dada su gran prevalencia e incidencia en aumento. A nivel asistencial estos pacientes constituyen un desafío para los equipos de salud y muchas veces no encuentran satisfechas sus demandas llevando a mayor frustración y exacerbación de su sufrimiento basal. Es fundamental conocer las características del dolor, aquellos aspectos, factores, repercusiones y conductas que influyen en el mismo creando la mejor estrategia centrada en la persona y así aumentar la calidad asistencial.

Objetivos: Caracterizar a los pacientes con dolor crónico no oncológico que se asisten en la Policlínica de Terapia del Dolor del Hospital de Clínicas.

Metodología: Se trata de un estudio de diseño observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo fue a través de una única entrevista personal por medio de un cuestionario, donde se recogen datos de la esfera física, emocional y socio-demográfica. Se aplicó a un total de 55 pacientes por una única vez.

Resultados: La situación clínica más frecuente como motivo de consulta fue la lumbalgia, con una mediana de intensidad según Escala Visual analógica (EVA) 8/10 al momento de aplicar el cuestionario. El 9,1% de los casos tenían dolor controlado, con un porcentaje de alivio con los tratamientos instaurados de 39,27% y una importante interferencia con el sueño de 8/10.

Se observó asociación positiva de depresión con ansiedad, y de depresión con mayor intensidad del dolor. Por otro lado, se vio asociación negativa con el porcentaje de alivio así como niveles elevados de catastrofismo en la serie con una media de 36,15.

Conclusiones: La lumbalgia es el motivo de consulta más frecuente en nuestra población, lo cual coincide con resultado de estudios tanto a nivel nacional como regional. En comparación con resultados de estudios publicados de otras Unidades de terapia del dolor (UTD) a nivel nacional, el promedio de dolor según EVA reportado al ingreso es similar, así como la presencia de depresión en dicha población.

Nuestro trabajo evidencia el cumplimiento del objetivo principal de reducir la intensidad del dolor a un 30% del valor inicial, propuesto por recomendaciones de consenso para UTD.

**Palabras claves:** *Dolor, Dolor crónico, Caracterización de pacientes, Policlínica de Terapia del Dolor.*

## *Abstract*

**Introduction:** Chronic pain in non-cancer patients is a serious and growing problem of the health system because the high prevalence and increasing incidence. These patients constitute a challenge for the health teams and often do not find their demands satisfied, leading to greater frustration and exacerbation of their basal suffering. It's essential to know the characteristics of pain, factors, aftermath and behaviors that determine pain to create the best possible strategy adapted to the patient and thus be able to increase the quality of care.

**Objectives:** Characterize patients with chronic non-cancer pain who are being assisted in the Polyclinic of Pain Therapy of the Hospital de Clínicas.

**Methods:** This is an observational, descriptive, cross-sectional, retrospective investigation. The objective was to characterize patients with chronic non-cancer pain that are treated in Pain Therapy of the Hospital de Clínicas. A single personal interview was carried out through a questionnaire, where data from the physical, emotional, socio-economic and cultural characteristics were obtained. It was applied to a total of 55 patients at one time.

**Results:** The most frequent clinical situation that motivated medical care was low back pain, with a current average intensity of Analog Visual Scale (VAS) of 8/10. 9.1% of the cases had controlled pain with a relatively low percentage of relief with the established treatments of 39.27% and a significant interference with sleep of 8/10.

Positive association of depression with anxiety, and depression with greater pain intensity was observed. On the other hand, there was a negative association with the percentage of relief as well as high levels of catastrophism with an average of 36.15.

**Conclusions:** Low back pain is the most frequent reason for consultation in our population, having results similar to research both nationally and regionally. If we compare the results with studies published in other Pain Therapy Units (PTUs) of national character, the average pain according to VAS reported on admission is similar, as well as the presence of depression in that population.

Our research shows the fulfillment of the main objective of reducing the intensity of pain to 30% of the initial value, proposed by consensus recommendations for PTUs.

**Key words:** *Pain, Chronic Pain, Population Characteristics, Polyclinic of Pain Therapy.*

## INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la medicina el dolor ha significado un problema creciente de salud, siendo este el motivo de consulta más frecuente en la práctica médica, abarcando gran parte de las consultas. Su inadecuado tratamiento genera sufrimiento para quienes lo padecen repercutiendo en la calidad de vida del mismo y de su entorno siendo una de las principales causas de discapacidad y consultas a nivel sanitario.

Se estima que el dolor crónico afecta entre un 20% a 40% de la población mundial. En Europa, se ha calculado una prevalencia de dolor crónico de 19%, con una intensidad de moderada a severa, con rangos de 12% a 40%. Las prevalencias más altas se observaron en Noruega, Polonia, Italia y Francia y las más bajas en España, Irlanda e Inglaterra. Canadá y Estados Unidos presentan tasas de prevalencia de 29% y 30,7%, respectivamente (1).

En América Latina no se cuentan con estudios epidemiológicos que aclaren el nivel de afectación regional por la patología, ni del grado de variación de esta entre los países (2). Se cuenta con serie de casos aislados con resultados que varían desde 25,9% para México, 40,3% en Cuba, 31% en Río de Janeiro y hasta 33% para Santiago de Chile (3).

A pesar de ser una de las consultas más frecuentes en la práctica clínica y la repercusión que conlleva en la calidad de vida, en Uruguay no contamos con cifras reportadas por el Ministerio de Salud (MS) de prevalencia del mismo.

En respuesta a la gran dimensión del problema la Organización Mundial de la Salud (OMS) vio la necesidad de definir *al alivio del dolor como un derecho fundamental y que incurre en una falta de ética grave aquel profesional de la salud que impida a un ser humano el acceso a la posibilidad de alivio del mismo* (4). Fundamentado a nivel legislativo en la Declaración de los Derechos Humanos (artículo 25) establece como derecho Humano un nivel adecuado de salud y bienestar y desde el punto de vista ético en los 4 principios fundamentales de la bioética, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, haciendo énfasis en el principio de beneficencia.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor como *una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño* (5). Esta definición adecuada para describir el dolor agudo, es insuficiente para el dolor crónico, el cual puede definirse como un estado sensibilizado de percepción de dolor con impronta genética, afectiva, cultural y adaptativa individual (6).

El dolor crónico se define temporalmente como aquel que persiste más de 3 meses y carece de valor adaptativo, volviéndose una enfermedad en sí misma. Siendo en el enfermo un estado más

complejo tanto biológico, psicológico y social que excede una simple experiencia sensorial (7). Por lo que dejar el tratamiento del dolor enfocado únicamente en la nocicepción, olvidando aquellos factores psicosociales interferirá en el éxito del esfuerzo terapéutico.

Desde las recomendaciones del consenso Chileno de diagnóstico, prevención y tratamiento de dolor crónico no oncológicos en pacientes adultos se marcan como objetivos reducir la intensidad del dolor  $\geq 30\%$  del valor inicial, mantener o mejorar hábitos de vida saludables y de la actividad física, preservar el patrón de sueño, mejorar el estado de ánimo, preservar la actividad laboral, social y familiar, asegurar la participación, el aprendizaje y la autonomía, garantizar uso correcto de medicación y otras medidas terapéuticas así como la escalada farmacoterapéutica pautada (6).

Desde la perspectiva biopsicosocial estos pacientes presentan a nivel psicológico mayor incidencia patologías como ansiedad y depresión, entre otras. Este aspecto es de igual relevancia ya que desempeñarán un papel central tanto para el inicio, como para la gravedad de la intensidad del dolor, la exacerbación y la persistencia del mismo aún bajo un tratamiento adecuado (7).

Una de las herramientas más difundidas y utilizadas validada para su uso hospitalario para la pesquisa de estas afecciones, con índice de citación mayor a tres mil, es la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). De destaca de ella ser un instrumento de aplicación corta (14 ítems) que ha mostrado ser fiable y válido tanto para el diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno del ánimo. Entre sus ventajas se destaca: poder evaluar en un mismo acto tanto depresión como ansiedad, ser sencilla y breve lo que aumenta la probabilidad de aceptación para su uso. Además excluye ítems de carácter somático que pudieran confundirse en la evaluación de pacientes con síntomas físicos como pérdida de apetito y/o energía, fatiga, insomnio, cambios en actividad, u otros trastornos fisiológicos, y sus ítems aluden a contenidos especialmente relevantes en contextos de salud, incluyendo respuestas cognitivas, emocionales y comportamentales de la ansiedad y la depresión (8).

Por lo tanto conocer la presencia de estos trastornos, así como los recursos, tanto adaptativos como desadaptativos, con que cuenta el paciente permitirá al equipo tratante realizar el correcto seguimiento y tratamiento permitirá avanzar en la recuperación del dolor (9).

La autopercepción negativa y exagerada del paciente ante su sintomatología con sentimiento de impotencia e incapacidad de pensamientos fuera de la esfera del dolor es definido como catastrofismo. Este aspecto interviene tanto en la intensidad como en el umbral del dolor, con una respuesta menor a los tratamientos, aumento en la discapacidad, en definitiva con un peor pronóstico (10).

El catastrofismo consta de 3 dimensiones, [1] rumiación, que hace referencia a aquellos pensamientos de preocupación e incapacidad para inhibir los pensamientos negativos relacionados con el dolor, [2] magnificación referente a la tendencia a exagerar el dolor y a resultados negativos, [3] desesperanza lo que refleja la incapacidad para enfrentar situaciones dolorosas” (10). Esto está influenciado por la propia personalidad del individuo.

Para poder afrontar el dolor crónico existen estrategias, las expectativas de autoeficacia juegan un rol crucial. Cuando los pacientes han soportado un dolor por corto tiempo las expectativas de autoeficacia serán mayores, con mayor capacidad de afrontamiento con sus propias habilidades y recursos. Sin embargo cuando se ha padecido de dolor por un largo periodo se perciben estas habilidades como inefectivas, cambiando la percepción del control sobre el dolor. Una mayor duración de dolor significa que se utilizan menos estrategias de afrontamiento para minimizarlo (11).

Todo lo mencionado anteriormente influirá en la aceptación de la enfermedad, el tratamiento, el pronóstico y la posterior recuperación del paciente.

Otro aspecto fundamental en estos pacientes es el impacto económico, el tratamiento de esta patología genera gastos tanto a nivel sanitarios como pérdidas potenciales de producción, esto se ve agravado cuando hay un retraso o no se llega a un atención adecuada para la rehabilitación del paciente por lo que, la magnitud de los costos finales indirectos tanto por licencias laborales o pérdidas de productividad superan los gastos directos ocasionados por el dolor, lo que sugiere que la mejora en la gestión y atención de los pacientes sería más redituable para el estado, siendo un problema de Salud Pública. (1).

Desde esta perspectiva todo parece indicar que el abordaje que más se adapta para satisfacer las necesidades antes mencionadas, es el abordaje interdisciplinario, entendiendo al sujeto como un ser bio-psico-social, en donde se trabaje de forma conjunta las problemáticas que hacen al paciente, integrando los conocimientos de las distintas especialidades coordinadas, para beneficio diagnóstico y terapéutico, evitando consultas, exámenes paraclínicos y tratamientos innecesarios.

Valorar estos aspectos de la población asistida en el servicio de Terapia del Dolor dependiente del servicio de Anestesiología nos parece fundamental para ser utilizados como punto de partida, y poder en un futuro evaluar el impacto de la implementación del equipo interdisciplinario en el tratamiento del Dolor crónico no oncológico en el Hospital Universitario.

El modelo de equipo asistencial multi e interdisciplinario, integrado por distintos profesionales de diversas áreas (médicos de distintas especialidades, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, enfermeros, terapeutas, etc) se basa en que cada integrante aporta su visión y experiencia desde su área de trabajo, interactuando y dialogando con el paciente el cual

presenta un rol activo en la toma de decisiones, en torno al objetivo principal que es la mejoría en la calidad de vida. El consenso Chileno propone incluir dentro del equipo como base a: médicos internistas, anesthesiólogos, fisiatras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y nutricionistas (12).

En estos equipos, donde existe en lo individual un crecimiento profesional y humano, se tiende a que cada profesional trascienda su disciplina y se “aventure” en la del otro, alcanzando la transdisciplinariedad. Esta forma de trabajo protege del desgaste profesional o burn out que implica el seguimiento y tratamiento de esta población especial.

## OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo general:** Caracterizar a la población con Dolor Crónico no oncológico que se asisten en la Policlínica de terapia de dolor del servicio de Anestesiología en el Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

### Objetivos específicos:

- Determinar el sitio de dolor más frecuente.
- Valorar nivel de catastrofismo (con sus tres dimensiones).
- Determinar prevalencia del mecanismo fisiopatológico e intensidad de dolor.
- Establecer promedio de consultas en el último mes.
- Establecer promedio de especialidades consultadas.
- Determinar número y tipo de estudios de imagen realizados.
- Determinar número y tipo de tratamientos intervencionistas realizados.
- Determinar si el paciente recibe tratamiento reglado y describirlo.
- Determinar la presencia de ansiedad y depresión.
- Determinar si existe relación entre depresión con:
  - Ansiedad
  - Seguimiento con psicología y/o psiquiatría
  - Consumo de tabaco
  - Porcentaje de alivio de dolor
  - Intensidad actual del dolor
  - Niveles de catastrofismo
- Determinar si existe relación entre ansiedad con niveles de catastrofismo.
- Determinar si existe relación entre los niveles de catastrofismo y el porcentaje de alivio de dolor.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo para caracterizar pacientes con dolor crónico no oncológico. El universo de estudio serán todos los pacientes con dolor crónico no oncológico, siendo la muestra aquellos pacientes, capacitados y competentes que se asisten en la Policlínica de terapia del dolor del Hospital de Clínicas, en el periodo agosto-octubre del 2019. Se excluyeron los pacientes menores de 18 años y a pacientes con dolor crónico oncológico. Participaron de forma voluntaria mediante la firma del consentimiento informado posterior a su lectura, explicación y comprensión.

Los datos fueron recabados a través de la entrevista clínica llevada a cabo por los investigadores en una única oportunidad, utilizando un cuestionario cerrado para revelar datos sociodemográficos y antecedentes clínicos de los pacientes. El cuestionario cerrado consta de 22 preguntas (Ver anexo), que se detallará a continuación ya que no tienen respuesta única. Son nueve de carácter sociodemográfico de las cuales una será revelada de fuentes secundarias (historia clínica del paciente). Incluirá número de registro, cedula de identidad, que se utilizará de forma identificatoria en principio, luego en el análisis y publicación de la investigación permanecerán de forma anónima; edad, sexo, estado civil, estado laboral actual (activo/a, baja laboral, invalidez total, jubilación/pensión, activo/a sin aporte), redes de apoyo (intradomiciliarias, barriales, religiosas), historia de abuso y/o maltrato, abuso de sustancias (alcohol, marihuana, cocaína, otras). Las trece restantes son de carácter clínico de las cuales tres serán reveladas de fuentes secundarias (historia clínica del paciente) que incluirá la situación clínica previa, diagnóstico que se realiza en la consulta y estudios de imágenes previos (ecografía, densitometría ósea, tomografía computada, resonancia nuclear magnética), el resto de la información se obtiene mediante entrevista clínica, número de especialistas consultados previo al contacto con la policlínica, si es la primera vez que concurre a dicha consulta, si se encuentra en seguimiento con psicología o psiquiatría, si cuenta con plan analgésico reglado, clasificación del dolor según la región (cefalea, cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia, lumbosacro, algia facial, coxalgia, gonalgia, omalgia, codo, manos, pies, dolor crónico generalizado), clasificación fisiopatológica del dolor (somático nociceptivo, somático visceral, neuropático), tratamientos previos (procedimientos invasivos no quirúrgicos en el último año, procedimientos quirúrgicos, acupuntura, terapias físicas), tratamiento actual farmacológico (opioides mayores, opioides menores, aines, paracetamol, antiepilépticos, antidepresivos), tratamiento tópicos (cremas, parches, otros) y consultas en el último mes (policlínica, emergencia móvil, puerta de emergencia, hospitalización).

Se utilizó la Escala de Catastrofización del Dolor que consta de un autoinforme estable compuesto por trece preguntas, las cuales se responderán mediante una escala de cuatro puntos (0: nada en absoluto; 1: un poco; 2: moderadamente; 3: mucho; 4: todo el tiempo) la intensidad

con que ha experimentado cada pensamiento mientras ha sufrido dolor. El objetivo del mismo es evaluar la percepción del dolor, con los aspectos específicos del catastrofismo: rumiación, magnificación y desesperanza.

Para valoración de la ansiedad y depresión se utilizaron los datos recabados por medio de la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), mediante un formulario autoadministrado. Esta se compone de 14 preguntas (siete indagando sobre ansiedad y siete sobre depresión) del estado de ánimo de los pacientes durante la última semana. Cada pregunta tiene una puntuación que va desde cero a tres. Se considera que entre cero y siete no indica ansiedad o depresión dependiendo de la subescala, entre ocho y diez estamos frente a un caso dudoso y puntuaciones superiores a once son, probablemente, casos de ansiedad o depresión, respectivamente. Se trata de un test de screening validada al español, de trastornos de ansiedad y/o depresión. Mediante la edición corta de la escala Brief Pain Inventory (BPI) se recabaron datos sobre la intensidad del dolor y repercusiones de este en su vida diaria (actividad en general, estado de ánimo, capacidad de caminar, trabajo normal, relaciones con otras personas). Para evaluar la intensidad del dolor, se utiliza una escala del 0-10 donde 0 corresponde a la ausencia de dolor y 10 corresponde al máximo dolor. Asimismo, se utiliza una escala del 0-10 para evaluar la repercusión del dolor en la vida cotidiana, donde 0 corresponde a no interferencia y 10 corresponde a interferencia por completo. Además, esta escala cuenta con ítems que evalúan el nivel de alivio que el tratamiento habitual proporciona al paciente y bajo qué tratamiento está (ítems 8 y 7 respectivamente) y la localización del dolor (ítem 2) mediante un diagrama en el cual el paciente deberá indicar las zonas donde sienta dolor. Los datos obtenidos se transfirieron a una base de datos donde fueron anonimizados reversiblemente. La entrevista clínica fue de carácter confidencial.

## RESULTADOS

### *ANÁLISIS DE DATOS*

El análisis de los datos y cálculos fueron obtenidos mediante el programa SPSS modelo.

Se utilizaron para el análisis descriptivo la media y mediana como medidas de resumen de tendencia central, de dispersión la desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentan con estos términos tanto como con porcentaje.

Se utilizaron como estadísticos coeficiente de correlación de Pearson y  $\chi^2$ . Mediante Test  $\chi^2$  se valoró la existencia de diferencias entre las variables consumo de tabaco y subescala de depresión del HAD. Para buscar asociación entre la presencia de depresión con ansiedad

(HAD), depresión con porcentaje de alivio de dolor (BPI), depresión (HAD) con intensidad actual (BPI), niveles totales de catastrofismo con depresión (HAD) y catastrofismo con porcentaje de alivio de dolor (BPI) se utilizó la correlación de Pearson.

Los gráficos fueron realizados mediante IBM SPSS Statistics 22 y Microsoft Excel versión 14.0.7237.500.

Un valor p menor o igual a 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

## ***RESULTADOS***

El estudio contó con 91 variables individuales. La muestra de pacientes se conformó de un total de 55 pacientes, sus características demográficas fueron las siguientes, 70,9% mujeres y 29,1% fueron hombres, con una media de edad  $53,22 \pm 11,26$  años, del estado civil de los asistidos se registró, 29,1 % casados, 27,3% solteros, 20,0% divorciados, 9,1% tanto para viudos como unión libre y 5,5% separados.

En lo que refiere al estado laboral actual se encontró 49,1% de jubilados/pensionistas, 18,2% tanto para invalidez total como para trabajadores activos, 12,7% para baja laboral y 1,8% de activos sin aporte.

Sobre el consumo de sustancias tóxicas hubo un predominio de tabaco (52,7%), con media de años de consumo de  $30,97 \pm 12,96$ . Con respecto al resto de las sustancias, marihuana (5,5%), alcohol y cocaína (3,6%). Se registró 6 casos de ex consumo de tabaco (10,9%).

El 34,55% asistían por primera vez a la consulta en el servicio de Terapia del dolor mientras que el 65,45% eran consultas de control.

La mediana de especialistas consultados previos a ser derivados al servicio de la Policlínica de Dolor fue 4 con un valor mínimo de 1 y máximo de más de 10.

En lo que se refiere a las consultas en el último mes por dolor exacerbado 44 pacientes (80%) no habían consultado en policlínica periférica, 9 pacientes (16,4%) había consultado una vez y 2 pacientes (3,6%) consultaron 3 veces. No realizaron consulta con emergencia móvil 47 pacientes (85,5%), 5 pacientes consultaron 1 o 2 veces (9,1%) y 3 pacientes (5,4%) en 4 o más ocasiones. A puerta de emergencia 12 pacientes (21,8%) consultaron una vez, 3 pacientes (5,4%) acudieron en más de una ocasión mientras que 40 pacientes (72,7%) no consultó. No se registraron casos de hospitalización por exacerbación de dolor.

A la hora de analizar las situaciones clínicas previas se contabilizó un total de 55 casos, las frecuencias para cada situación se muestran en el gráfico 1.

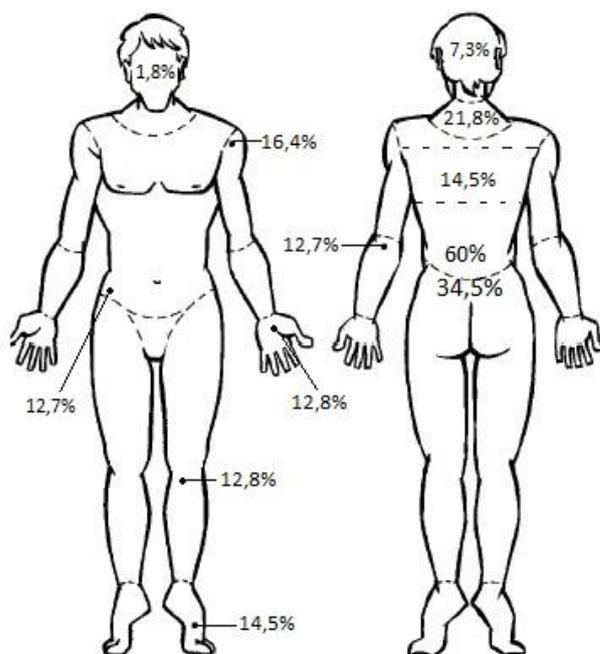


**Gráfico 1: Distribución de situaciones clínicas previas.**

Los estudios de imágenes que presentaban estos pacientes según se constataba en la historia clínica electrónica hasta el momento de la entrevista marcaron que, ecografía se habían realizado 4 pacientes (7.2%) al menos una, tomografía computada (TC) 5 pacientes (9,1%) de los cuales 2 casos se realizaron una, 2 casos (3,6%) más de una, mientras que 48 pacientes (97,3%) no tenían dicho estudio. Tenían al menos una radiografía 10 pacientes (18,1%). El estudio imagenológico de mayor frecuencia fue la resonancia nuclear magnética (RNM) la cual, 24 casos (43.6%) presentaban una y 8 casos (14,5%) más de una RNM. No se registraron datos para densitometrias ósea.

En cuanto a la localización del dolor: 60% de los casos presentaban dolor lumbar, 34,5% lumbosacro, 21,8% cervical, 18,2% en rodilla, manos y dolor generalizado (Figura 1). Se destaca en la clasificación fisiopatológica del dolor, un predominio de mecanismo neuropático (81,8%) por sobre somático nociceptivo (12,7%) y visceral (5,5%).

Referente a las variables del cuestionario BPI: en cuanto a la intensidad del dolor, que equivale al valor en la escala verbal análoga EVA, se observa una mediana para intensidad máxima de dolor en las últimas 24 horas de 9, intensidad mínima en las últimas 24 horas de 6, intensidad



**Figura 1: Pictograma de dolor por región**

media del dolor 7 e intensidad actual 8., destacando que 5 pacientes se encontraban con dolor  $\leq 4$ .

En el porcentaje de alivio se encontró una mediana de 40%, en donde 40 pacientes (72,7%) lograban 50% o menos de alivio. En cuanto a la interferencia del dolor en las últimas 24 horas con la actividad general se obtuvo una mediana de 8, con el estado de ánimo 8, con la capacidad de caminar 7, con el trabajo normal 8, en el relacionamiento con otras personas 7, con el sueño 8 y por último con la capacidad de diversión 8 (Tabla 1).

El seguimiento con psicología y/o psiquiatría se presentó en el 32 casos (58,2%) mientras que 23 casos (41,8%) no presentaban.

En el registro de redes de apoyo se vio un marcado predominio de la red intradomiciliaria (43,6%) con respecto a las barriales (14,5%), religiosas (12,7%) y otras (12,7%).

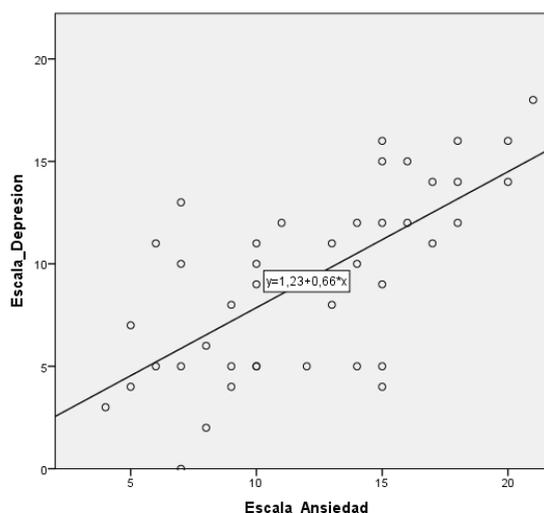
VARIABLES DE BPI					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Media	Desvío estándar
Intensidad máxima	9	0	10	8,07	1,961
Intensidad mínima	6	0	10	5,96	2,61
Intensidad media	7	0	10	6,69	2,133
Intensidad actual	8	0	10	7,49	2,403
% de alivio	40	0	10	39,27	28,143
Interferencia Act. Gral	8	0	10	7,51	2,41
Interferencia con ánimo	8	0	10	6,91	2,804
Interferencia al caminar	7	0	10	6,53	2,86
Interferencia con trabajo	8	0	10	7,13	3,209
Interferencia en relacionamiento con personas	7	0	10	5,71	3,281
Interferencia con el sueño	8	0	10	6,44	3,137
Interferencia con diversión	8	0	10	6,78	3,505
N válido	55				

**Tabla 1: Variables de BPI**

En cuanto a la variable abuso y/o maltrato no se constata en historia clínica, sin embargo en 2 ocasiones hubo relato espontáneo de abuso y/o maltrato positivo.

Por medio de la escala de HAD se obtuvo para depresión 19 (43,2%) casos probablemente positivos, 9 (20,5%) casos dudosos y no fueron positivos en 16 (36,4%) ocasiones. Para la subescala ansiedad indicaron 25 (56,8%) casos probablemente positivos, 10 (22,7%) casos dudosos, mientras que no indicaron caso para ansiedad 9 (20,5%) pacientes.

Al evaluar la relación entre la subescala de depresión con la subescala de ansiedad encontramos una relación positiva entre las mismas con  $r= 0,681$ , las variables muestran una variación conjunta significativa, positiva y de intensidad moderada con valor  $p= <0,001$  (Gráfico 2).



**Gráfico 2: Relación entre depresión y ansiedad**

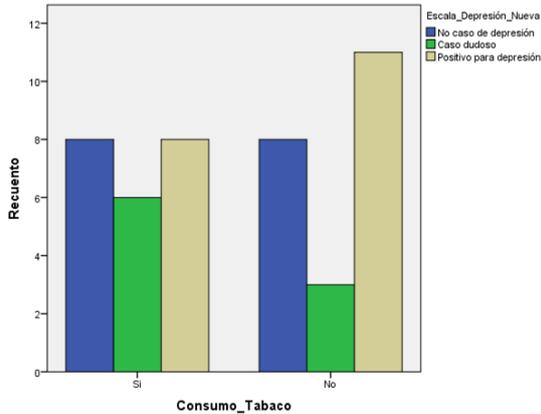
En la presencia de depresión según la distribución de sexo se encontró que dentro del sexo femenino un 37,5% eran posibles casos de depresión, dentro del sexo masculino 58,3% eran posibles casos de depresión. Se halló que el 25,0% de los hombres no tenían una probable depresión y un 40,6% de las mujeres tampoco lo presentaba. (Tabla 2).

Se determinó la relación entre depresión con el seguimiento con psicología y/o psiquiatría, de aquellos que puntuaron como probables casos para depresión un 60% presentaba seguimiento mientras que un 40% no.

HAD/ Sexo		Sexo			
		Masculino		Femenino	
		Nº casos	%	Nº casos	%
Subescala depresión (HAD)	No caso de depresión	3	25	13	40,6
	Caso dudoso	2	16,7	7	21,9
	Positivo para depresión	7	58,3	12	37,5

**Tabla 2: Presencia de depresión según distribución de sexo**

De los casos con puntaje de probable depresión, 42,1% consume benzodiazepinas, 10,5% amitriptilina y 5,3% de los casos tomaban ISRS o duales. Se destaca que un mismo paciente pudo estar tomando más de un fármaco.



**Gráfico 3: Consumo de tabaco según subescala de depresión (BPI)**

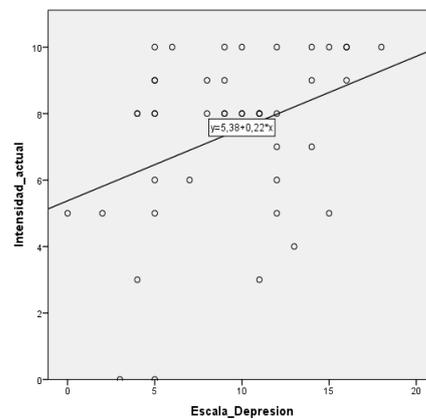
En aquellos casos no probable de depresión 31,3% consumía benzodiacepinas, 12,5% ISRS, 6,3 duloxetina.

Al estudiar la posible relación entre el consumo de tabaco y la subescala de depresión no se encontró relación estadísticamente significativa. Se observó que en los caso de no depresión un 50% de consumo de tabaco, para los casos dudosos un 66,7% y para los positivos para depresión un 42,1% (Gráfico 3).

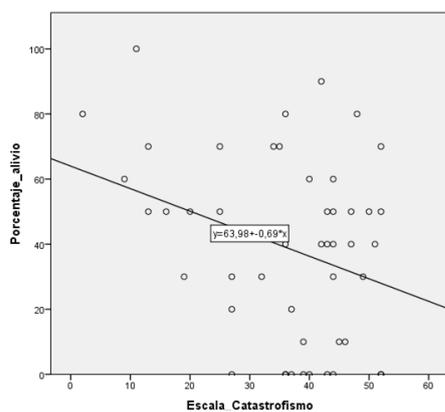
En cuanto a la relación de la presencia de depresión y el porcentaje de alivio, se encontró una relación negativa entre las mismas con  $r = -0,412$ , las variables muestran una variación conjunta significativa, negativa y de intensidad moderada con valor  $p = <0,001$ .

Al relacionar la subescala de depresión con intensidad actual de dolor (BPI) el resultado fue una relación positiva con  $r = 0,374$ , significativa de intensidad moderada con valor  $p = <0,05$  (Gráfico 4).

Los niveles de la escala de Catastrofismo en su valor total fueron de  $36,15 \pm 12,87$ , las medias para sus tres dimensiones fueron de  $11,83 \pm 4,11$  para rumiación,  $16,63 \pm 6,32$  para desesperanza y  $7,77 \pm 3,63$  para magnificación.



**Gráfico 4: presencia de depresión según intensidad actual de dolor**

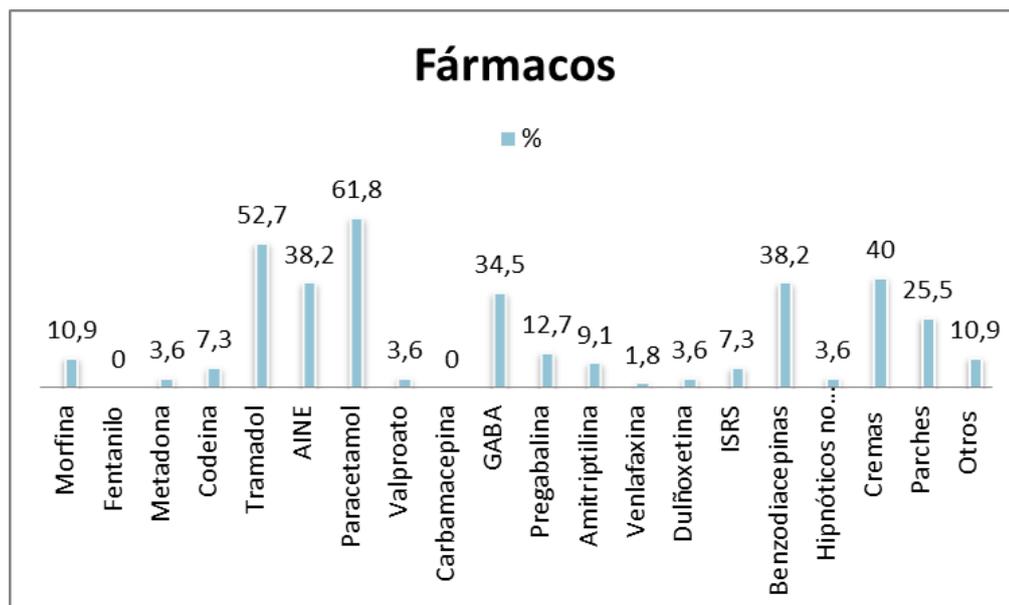


**Gráfico 5: Percepción de catastrofismo según % alivio de dolor**

Al relacionar los niveles totales de catastrofismo con la subescala de depresión se encontró una relación entre ellas  $r = 0,529$ , significativa, positiva y de intensidad moderada con valor  $p = <0,01$ . Con la subescala de ansiedad se halló una relación positiva de  $r = 0,649$ , significativa, de intensidad moderada con valor  $p = <0,001$ .

Se obtuvo la relación entre el porcentaje de alivio con los niveles totales de catastrofismo encontrando una

relación negativa con  $r = -0,316$ , significativa de intensidad moderada con valor  $p = <0,05$



**Gráfico 6: Frecuencias de fármacos utilizados.**

AINE\*: antiinflamatorio no esteroideo

GABA\*\*: Gabapentina

(Gráfico 5).

En cuando a las características terapéuticas 78,2% de los pacientes se encontraba recibiendo un

plan analgésico reglado mientras que un 21,8% no. Se encontró que en lo que respecta al consumo de fármacos predominó la toma de paracetamol 61,8 % (34), tramadol 52,7% (29), AINES y benzodiacepinas 38,2% (21) ambos, Gabapentina 34,5% (19) y el uso de cremas en 40% (22) (Gráfico 6).

Se representó el consumo de fármacos con el porcentaje de alivio con media y valor máximo del porcentaje de alivio (Tabla 3), considerando que cada caso puede estar tomando más de un fármaco a la vez.

Tratamiento/% alivio	% de alivio	
	Media	Maximo
Morfina	23	50
Fentanilo	.	.
Metadona	20	40
Codeína	58	80
Tramadol	38	100
AINE	34	70
Paracetamol	37	100
Valproato	25	50
Carbamazepina	.	.
Gabapentina	39	100
Pregabalina	29	70
Amitriptilina	16	40
Venlafaxina	0	0
Duloxetina	60	90
ISRS	45	100
Benzodiacepina	37	90
Hipnóticos no BZD	25	50
Cremas	40	90
Parches	39	80
Otros	25	50

**Tabla 3: Porcentaje de alivio (BPI) según tratamiento farmacológico recibido**

En referencia a los tratamientos previos vinculados a procurar el alivio del dolor en el último año relatados por el paciente para procedimientos invasivos no quirúrgicos, 24 casos (43,6%) no presentaba, 17 presentaba 1 (30,9%) procedimiento. 38 (69,1%) casos no presentaban procedimientos quirúrgicos y 9 casos (16,4%) presentaba 1. Para acupuntura 43 casos (78,2%) no asistía a terapia, 4 casos (7,3%) asistió una vez. 28 (50,9%) casos no asistía a terapias físicas mientras que 10 (18,2%) asistió más de 10 veces. Resto de la distribución se muestra en Tabla 4.

<b>TRATAMIENTOS VINCULADOS A PROCURAR EL ALIVIO DEL DOLOR PREVIOS (último año)</b>				
Nº de procedimientos	Procedimientos invasivos no quirúrgicos (Nº casos/%)	Procedimientos quirúrgicos (Nº casos/%)	Acupuntura (Nº casos/%)	Terapias físicas (Nº casos/%)
0	24 (43,6%)	38 (69,1%)	43 (78,2%)	28 (50,9%)
1	17 (30,9%)	9 (16,4%)	4 (7,3%)	7 (13,7%)
2	8 (14,5%)	5 (9,1%)	1 (1,8%)	0
3	3 (5,5%)	1 (1,8%)	0	2 (3,6%)
4	0	1 (1,8%)	2 (3,6%)	2 (3,6%)
5	2 (3,6%)	0	0	3 (5,5%)
6	1 (1,8%)	0	0	1 (1,8%)
7	0	1 (1,8%)	1 (1,8%)	0
8	0	0	1 (1,8%)	0
9	0	0	0	1 (1,8%)
10	0	0	0	1 (1,8%)
>10	0	0	3 (5,5%)	10 (18,2%)

**Tabla 4: Distribución de tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos recibidos en el último año para el alivio del dolor**

## DISCUSIÓN

Este es a nuestro entender el primer estudio donde se realiza una caracterización de los pacientes con dolor crónico no oncológico en el hospital universitario de Uruguay, por lo que consideramos de importancia los hallazgos que de este se desprenden.

Como principales resultados, se encontró un porcentaje de alivio de 39,27% coincidiendo con pautas internacionales. La intensidad de dolor al momento de la entrevista fue severa con un promedio de 7.49 en el EVA. Esto indica un dolor no controlado en la mayoría de los pacientes según EVA sabiendo que esta escala unidimensional tiene limitaciones en el uso en pacientes con dolor crónico, debiendo complementarse con dimensiones medidas en diferentes esferas incluidas en la herramienta elegida para caracterizar el dolor en este estudio (BPI) para evaluar el dolor y sus repercusiones sobre diferentes esferas. En cuanto a esto, la interferencia en las

últimas 24 horas halladas en nuestro estudio con las esferas actividad en general, estado de ánimo, capacidad para caminar, trabajo normal, relaciones con otras personas, sueño y capacidad de diversión tuvo un promedio de 7,7. Este resultado concuerda con el promedio de EVA hallado, ya que estas dimensiones complementan dicha escala.

Un 18,20 % de los pacientes presentaron dolor crónico generalizado. Destacamos que las regiones más frecuentemente afectadas fueron lumbar, lumbosacra y cervical respectivamente, lo que coincide con cifras de estudios a nivel regional. Miranda et al hallaron que la lumbalgia es el diagnóstico no oncológico más frecuente en pacientes con escasa o nula respuesta terapéutica, con un 23% de casos (12). M Casals y D Samper hallaron en su estudio Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico que la zona lumbar también es la más frecuente con un 52.92% (13).

Con respecto a la percepción del dolor en el estudio realizado por Llorca et al, se vio que el promedio de intensidad de dolor actual fue de una media de  $4.06 \pm 2.18$ , valores menores a los encontrados (14).

Investigaciones realizadas hasta el momento sugieren que la privación del sueño podría provocar hiperalgesia, en nuestro estudio el promedio de los pacientes presentaban una interferencia con el sueño muy alta (8) lo que podría condicionar una mala calidad de vida asociada a su percepción del dolor (15). Por la misma línea una revisión realizada por Mencías Hurtado AB, determina que los pacientes que sufren mala calidad del sueño presentan repercusión negativa en su percepción del dolor, cabe destacar que nuestros pacientes también presentaban alta interferencia para caminar, divertirse, y con el trabajo normal lo que también contribuye a una mala calidad de vida (7).

Una fortaleza de este estudio es que se investigaron diferentes variables, así como también el uso de métodos estadísticos para determinar asociaciones por medio de las cuales, se pudo concluir que la depresión está asociada positivamente y significativamente con la ansiedad, así como con la intensidad del dolor, y negativamente con el porcentaje de alivio. En consonancia con estos hallazgos, un estudio realizado en Ottawa, Canadá encontró que aquellos pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor reportaron dolor más severo. En este mismo estudio se encontró una asociación positiva entre el trastorno de ansiedad generalizado (donde se incluye al insomnio para su diagnóstico), y el dolor crónico (16).

En cuanto a quienes presentaban mayor probabilidad de padecer depresión quedó demostrado una superioridad en el sexo masculino, teniendo en cuenta que en este estudio el n de hombres fue menor. Otra debilidad vista en el estudio son las propias de un estudio observacional descriptivo, muchos datos fueron extraídos de historias clínicas y algunos que no se pudieron

caracterizar como por ejemplo, historia de maltrato destacando que a nivel regional hay poca investigaciones al respecto.

A través del análisis del catastrofismo se pudo demostrar que los niveles de catastrofización fueron elevados (36,15), otras investigaciones realizadas en Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico, Hospital General Universitario de Ciudad Real por A. López López (el papel de la sintomatología) arroja una media para catastrofización de su serie de 19,43 muy inferior a nuestra media (17).

En una investigación anterior realizada también en el Hospital de Clínicas arrojó resultados similares con una media para catastrofización para pacientes que padecían Lumbalgia de 33,44 (11), por lo que aún estamos por encima de la media.

Al relacionar los niveles de catastrofización con depresión y ansiedad se encontró una relación significativa positiva entre ellas. La relación entre catastrofismo y el porcentaje de alivio fue negativa, resultados comparables con estudio de A. López López donde tener catastrofismo > 13 no presentaban mejoría en la escala EVA (17), iguales resultados se evidencian el estudio de Castroman y cols donde a mayor puntuación de intensidad del dolor, mayor fue el nivel de catastrofismo (11).

Esto es concordante con literatura ya publicada, donde la mayor intensidad del dolor se relaciona con mayores niveles de catastrofismo, ansiedad y depresión (18).

Otra ventaja de este estudio es la sencillez de su ejecución siendo este un factor importante si se quiere replicar a futuro ya que consideramos que esta investigación sienta un precedente para futuras investigaciones.

Por último, destacar que el dolor crónico está claramente influenciado por diversos factores pudiendo esto ser evidenciado y analizado estadísticamente

En resumen, la región lumbar es la zona más frecuente afectada. La mala calidad del sueño agrava la situación clínica. Los niveles de catastrofismo tienen relación positiva con depresión y ansiedad, así como también los niveles de depresión tienen relación con la intensidad del dolor y la ansiedad.

## CONCLUSIONES

Existen hasta la fecha pocos estudios en nuestro medio donde se caractericen los pacientes con dolor crónico no oncológico, tanto desde la esfera nociceptiva como emocional, por lo cual la caracterización de nuestra población da una mirada multidimensional de estos pacientes.

La lumbalgia es el motivo de consulta más frecuente en nuestra población, lo cual coincide con resultado de estudios tanto a nivel nacional como regional. En comparación con resultados de estudios publicados de otras Unidades de terapia del dolor (UTD) a nivel nacional, el promedio de dolor según EVA reportado al ingreso es similar, así como la presencia de depresión en dicha población.

Con respecto a los resultados de catastrofismo, si bien los niveles internacionales difieren con nuestro estudio siendo estos mayores coinciden con los valores reportados a nivel nacional.

Nuestro trabajo evidencia el cumplimiento del objetivo principal de reducir la intensidad del dolor a un 30% del valor inicial, propuesto por recomendaciones de consenso para UTD (12). Aun así consideramos que el EVA es elevado interfiriendo en las distintas esferas de la actividad cotidiana con cifras elevadas en concordancia con trabajos nacionales.

Es por esto que esperamos que los resultados de este estudio, puedan contribuir a crear una estrategia más efectiva que integre diversas modalidades terapéuticas en equipos interdisciplinarios con un enfoque terapéutico bio-psico-social.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa “pain Proposal.” *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2014;21(1):16–22.
2. Lara-Solares A, Aguayo Zamora C, Amescua García C, Garcia JBS, Berenguel Cook MDR, Bonilla Sierra P, et al. Latin-American guidelines for opioid use in chronic nononcologic pain. *Pain Manag*. 2017;7(3):207–15.
3. Pablo J, Carlos J. Epidemiology of Non-oncologic Chronic Pain in Chile. *Rev El Dolor* [Internet]. 2013;59:10–7. Available from: [http://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/53dfbe675a347\\_original1\\_59.pdf](http://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/53dfbe675a347_original1_59.pdf)
4. Martínez Caballero C, Collado Collado F, Rodríguez Quintosa J, Moya Riera J. El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2015;22(5):224–30.
5. Terminología IASP - IASP [Internet]. [cited 2019 May 6]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Multidisciplinarytreatment>
6. Retamoso, Irene. Vázquez, Cristina. Montes MJ. *El Dolor*. Montevideo; 2012. 37 p.

7. Abreu C, Montes MJ, Quinteros G, Retamoso J, Retamoso I. Una experiencia de trabajo interdisciplinario en dolor crónico. Resultados y desafíos. *Rev Medica Del Uruguay*. 2019;35(1):36–41.
8. Issn O. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. 2018;31:1–11.
9. Margarita González A. Dolor crónico y psicología: actualización. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2014;25(4):610–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864014700811>
10. G.M. S, M.S. H. Acceptance versus catastrophizing in predicting quality of life in patients with chronic low back pain. *Korean J Pain* [Internet]. 2019;32(1):22–9. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L625830710%0Ahttp://dx.doi.org/10.3344/kjp.2019.32.1.22>
11. Crónica L. Originales. 2018;(2):10–5.
12. Expertos CCDE. Asociación Chilena para el Estudio del Dolor. :1–69. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
13. Casals M. crónico no oncológico . Estudio ITACA \*. Tttetet [Internet]. 2004;34:260–9. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n5/original1.pdf>
14. Llorca GJ, Muriel Villoria C, González-Tablas MM, Díez MA. Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2007;14(1):26–35.
15. Lautenbacher S, Kundermann B, Krieg JC. Sleep deprivation and pain perception. *Sleep Med Rev*. 2006;10(5):357–69.
16. Emery PC, Wilson KG, Kowal J. Major depressive disorder and sleep disturbance in patients with chronic pain. *Pain Res Manag*. 2014;19(1):35–41.
17. Ramirez Huaranga MA, De la Rocha Vedia IV, Plasencia Ezaine AEs, Jaramillo Tascon CA, Calle Ochoa JH, LÓPEZ LÓPEZ A. El papel de la sintomatología depresiva, catastrofismo y expectativa en la eficacia de las técnicas intervencionistas para el tratamiento del dolor lumbar crónico. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2019;26(4):227–32.
18. Peñarroya Baulés A, Ballús-Creus C, Pérez Martínez J. Diferencias en el uso de las

estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. Rev la Soc Esp del Dolor. 2011;18(2):77–83.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Clínica Médica B. Prof. Dr. Leonardo Sosa y al Departamento de Anestesiología Prof. Dr. Juan Riva, por el apoyo recibido para llevar a cabo el trabajo de investigación.

A la Licenciada Jimena Curbelo por la colaboración en la metodología de la investigación y a todo el personal de la Policlínica de Terapia del dolor, en especial a Prof. Adj. Marta Surbano del Dpto. de Anestesiología; Dr. Rodrigo Romero, residente del Dpto. de Anestesiología; Prof. Adj. Ana Bentacort, del Dpto. de Psicología Médica; Sonia Oneill y Marcelo Zugarramurdi, auxiliar de enfermería.

## ANEXOS

### ENCUESTA CERRADA CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

FECHA

--	--	--

PRIMERA VEZ

SI	NO
----	----

C.I

\_\_\_\_\_  
EDAD

Nº REGISTRO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SEXO

M	F
---	---

ESTADO CIVIL

Soltero/a	
Unión libre	
Casado/a	
Separado/a	
Divorciado/a	
Viudo/a	

ESTADO LABORAL ACTUAL

Activo/a	
Baja laboral	
Invalidez total	
Jubilación/Pensión	
Activo/a sin aporte	

NUMERO DE ESPECIALISTAS CONSULTADOS PREVIO A CONTACTO CON POLICLINICA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----

SEGUIMIENTO CON PSICOLOGÍA/PSIQUIATRÍA

SI	NO
----	----

Intradomiciliario	
Barriales	
Religiosas	
Otros	

REDES DE APOYO

CONSUMO DE SUSTANCIAS

Actual consumo	Ex consumo	
Alcohol		
Marihuana		
Cocaína		
Tabaco		
Otras		

Historia de consumo (años)

HOY CUENTA CON PLAN ANALGESICO REGLADO

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## DOLOR POR REGIÓN

<b>CEFALEA</b>	
<b>CERVICALGIA</b>	
<b>DORSALGIA</b>	
<b>LUMBALGIA</b>	
<b>LUMBOSACRO</b>	
<b>ALGIA FACIAL</b>	
<b>COXALGIA</b>	
<b>GONALGIA</b>	
<b>OMALGIA</b>	
<b>CODO</b>	
<b>MANOS</b>	
<b>PIES</b>	
<b>DOLOR CRÓNICO GENERALIZADO</b>	

## TRATAMIENTOS VINCULADOS A PROCURAR EL ALIVIO DEL DOLOR PREVIOS

<b>Procedimientos invasivos no quirúrgicos (en el último año)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>Procedimientos quirúrgicos (neuroquirúrgicos, traumatológicos, ginecológicos, plásticos, general, otorrino, oftalmológicos)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>Acupuntura</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>Terapias físicas (medicina física y rehabilitación)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>

## CONSULTAS EN EL ÚLTIMO MES POR DOLOR

<b>Policlínica periférica</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>Emergencia móvil</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>Puerta de emergencia</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>Hospitalización</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>

## ESTUDIOS DE IMÁGENES PREVIO (HC)

<b>Ecografía</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>Tomografía Computada</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>Resonancia nuclear magnética</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>Densitometría ósea</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>Radiografía</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>Otros</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>&gt;10</b>

## CLASIFICACIÓN FSP (HC)

<b>SOMÁTICO NOCICEPTIVO</b>	
<b>SOMÁTICO VISCERAL</b>	
<b>NEUROPÁTICO</b>	

## DIAGNÓSTICO PREVIO (HC)

---

### VARIABLES DEL BPI (hc)

INTENSIDAD MÁXIMA DE DOLOR SENTIDO EN LAS ÚLTIMAS 24 HS \_\_\_\_\_

INTENSIDAD MÍNIMA DE DOLOR SENTIDO EN LAS ÚLTIMAS 24 HS \_\_\_\_\_

INTENSIDAD MEDIA DEL DOLOR SENTIDO \_\_\_\_\_

INTENSIDAD ACTUAL \_\_\_\_\_

PORCENTAJE DE ALIVIO CON ANALGESIA \_\_\_\_\_

INTERFERENCIA EN ÚLTIMAS 24 HS CON:

ACTIVIDAD GENERAL \_\_\_\_\_

ESTADO DE ÁNIMO \_\_\_\_\_

CAPACIDAD DE CAMINAR \_\_\_\_\_

TRABAJO NORMAL (YA SEA EN CASA O AFUERA) \_\_\_\_\_

RELACIONES CON OTRAS PERSONAS \_\_\_\_\_

SUEÑO \_\_\_\_\_

CAPACIDAD DE DIVERSIÓN \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE ABUSO Y/O MALTRATO (HC)

SI	NO	NO SE COSIGNA EN HC
----	----	------------------------

## TRATAMIENTO ACTUAL FARMACOLÓGICO (HC)

<b>Opioides mayores</b>	Morfina	
	Fentanil	
	Metadona	
<b>Opioides menores</b>	Codeiona	
	Tramadol	
<b>DEMO</b>		

<b>AINES</b>	
<b>Paracetamol</b>	

<b>Coadyuvantes</b>	<u>Antiepilépticos</u>	Valproato	
		Carbamacepina	
		GABA	
		Pregabalina	
	<u>Antidepresivos</u>	Amitriptilina	
		Venlafaxina	
		Duloxetina	

<b>ISRS</b>	
BENZODIACEPINAS	
HIPONITOS NO BENZODIACEPINICOS	

## TRATAMIENTOS TÓPICOS (HC)

<b>Cremas</b>	
<b>Parches</b>	
<b>Otros</b>	

## VALORACIÓN DE RESULTADO ESCALA DE HADS (HC)

<b>No caso de ansiedad y depresión</b>	0-7	
<b>Caso dudoso</b>	8-10	
<b>Positivo para ansiedad y depresión</b>	>11	

## VALORACIÓN ESCALA CATASTROFISMO (HC)

--



ESTUDIO N° [ ] REGISTRO N° [ ]

Fecha [ ] / [ ] / [ ] NO LEVANTAR LA MANO SOBRE ESTA LINEA  
Apellido [ ] Nombre [ ] Hora [ ]

7. ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor? [ ]

8. ¿En las últimas 24 horas, cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
Ningún Alivio  
Alivio Total

9. Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido, durante las últimas 24 horas, con su:

A. Actividad en general  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No Interfiere por  
Interfiere Completo

B. Estado de ánimo  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No Interfiere por  
Interfiere Completo

C. Capacidad de caminar  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No Interfiere  
Interfiere por Completo

D. Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No Interfiere  
Interfiere por Completo

E. Relaciones con otras personas  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No Interfiere  
Interfiere por Completo

F. Sueño  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No Interfiere  
Interfiere por Completo

G. Capacidad de diversión  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No Interfiere  
Interfiere por Completo

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD  
Pain Research Group  
All rights reserved.

# ESCALA HAD: HOSPITAL, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

## HAD<sup>97</sup>: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

### A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

### D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

### A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

### D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

### A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

### D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

<p><b>A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:</b></p> <p>0. Siempre</p> <p>1. A menudo</p> <p>2. Raras veces</p> <p>3. Nunca</p>
<p><b>D.4. Me siento lento/a y torpe:</b></p> <p>3. Gran parte del día</p> <p>2. A menudo</p> <p>1. A veces</p> <p>0. Nunca</p>
<p><b>A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:</b></p> <p>0. Nunca</p> <p>1. Sólo en algunas ocasiones</p> <p>2. A menudo</p> <p>3. Muy a menudo</p>
<p><b>D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:</b></p> <p>3. Completamente</p> <p>2. No me cuido como debería hacerlo</p> <p>1. Es posible que no me cuido como debiera</p> <p>0. Me cuido como siempre lo he hecho</p>
<p><b>A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:</b></p> <p>3. Realmente mucho</p> <p>2. Bastante</p> <p>1. No mucho</p> <p>0. Nunca</p>
<p><b>D.6. Espero las cosas con ilusión:</b></p> <p>0. Como siempre</p> <p>1. Algo menos que antes</p> <p>2. Mucho menos que antes</p> <p>3. En absoluto</p>
<p><b>A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:</b></p> <p>3. Muy a menudo</p> <p>2. Con cierta frecuencia</p> <p>1. Raramente</p> <p>0. Nunca</p>
<p><b>D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:</b></p> <p>0. A menudo</p> <p>1. Algunas veces</p> <p>2. Pocas veces</p> <p>3. Casi nunca</p>

**Valoración:** se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

## ESCALA DE CATASTROFISMO ANTE EL DOLOR

### Escala de catastrofización ante el dolor

Nombre: .....

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas. Este cuestionario nos puede servir para conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor.

A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

Preguntas	Valor
1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá	
2. Siento que ya no puedo más	
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar	
4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo	
5. Siento que no puedo soportarlo más	
6. Temo que el dolor empeore	
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor	
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor	
9. No puedo apartar el dolor de mi mente	
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele	
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor	
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor	
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave	
TOTAL	

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Usted ha sido invitado a participar en el proyecto de investigación: “Caracterización de pacientes con dolor crónico, asistidos en la Policlínica interdisciplinaria para el tratamiento del Dolor, Hospital de Clínicas entre junio y septiembre del 2019”.

La investigación a realizar estará a cargo de la Dra. Natalia Bernardi (Profesora Adjunta de la Clínica Médica B) y la Dra. Ana Schwartzmann (Profesora Adjunta del Departamento y Cátedra de Anestesiología), contará con la participación de los estudiantes de medicina: Américo Molina, Maycol Lopez, Sara Llambí, Soledad Lupano, Tabaré Marmolejo, Victoria Suhr Avelino.

Se realizará en personas que, como en su caso, presenten Dolor Crónico y concurran a la policlínica Interdisciplinaria para el tratamiento del Dolor de Hospital de Clínicas.

Se le realizará una entrevista por única vez el mismo día de la consulta en la policlínica, la cual llevará entre 15 y 20 minutos. Esta será llevada a cabo por los estudiantes de Medicina que participan en el proyecto, durante la espera a su atención; esto no retrasará en absoluto la consulta con su médico tratante. Se utilizará un cuestionario de 20 preguntas y diferentes Escalas de autollenado. Estas son, Catastrofización del Dolor, Ansiedad y Depresión (HADS) y sobre la escala para valoración del dolor Brief Pain Inventory (BPI).

Los datos obtenidos se pasarán a una base de datos donde serán anonimizados reversiblemente. Por lo tanto, sus datos no serán directamente relacionados con su información personal.

El estudio no implica experimentación de ningún tipo. Los riesgos de dicha investigación son mínimos, implicando las molestias debidas al tiempo que conlleva realizar la entrevista.

El beneficio a la comunidad será crear por primera vez una base de datos para conocer las características de los pacientes con dolor crónico. El beneficio obtenido será la mejora en la calidad asistencial.

Se asegurará la confidencialidad de la información obtenida y en el uso ulterior de la misma.

En caso de negarse, su atención no se verá afectada de ninguna manera. En caso de querer retirarse de la entrevista podrá realizarlo en el momento que lo desee, sin explicación de la causa, sin ocasionar ningún perjuicio patrimonial ni moral ni se afectará su posterior atención.

La investigación se realiza en el marco del Curso de Metodología Científica II, de la carrera de Medicina, sin presentar conflicto de interés, ya que no se recibe remuneración alguna. Ante cualquier duda contactarse a [anaschbruno@gmail.com](mailto:anaschbruno@gmail.com) o [nbernardi79@gmail.com](mailto:nbernardi79@gmail.com)

Dicha participación es absolutamente voluntaria y no determina la obtención de beneficios económicos ni de ninguna índole.

*Me han informado sobre la existencia y han solicitado mi aceptación de participar del proyecto de investigación. Dicha participación es absolutamente voluntaria y no determina la obtención de beneficios económicos ni de ninguna índole. Dejo constancia de que he sido a mí entender, suficientemente informado acerca del procedimiento que se realizará y consiento voluntariamente en pleno uso de mis facultades mentales al momento de la firma del presente documento.*

**Firma del participante:**

\_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

Aclaración: -----

**Firma Investigador que realiza la entrevista:**\_\_\_\_\_

Aclaración: -----

C.I. \_\_\_\_\_