



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

MÉDICO

TRABAJO DE TITULACIÓN

Tipo de dolor, su tratamiento e impacto en la vida diaria de
pacientes de 18 a 65 años atendidos en Consulta Externa y
Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital
General Isidro Ayora

Autora: Loaiza Romero, Josselyne Elizabeth

Directora: Vallejo Delgado, Merci Lorena.

LOJA - ECUADOR

2021



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2021

Aprobación de la directora del Trabajo de Titulación

Loja, 15 de septiembre de 2021.

Señor Doctor

Víctor Hugo Vaca Merino,

Coordinador de la titulación de Medicina

Ciudad.-

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Tipo de dolor, su tratamiento e impacto en la vida diaria de pacientes de 18 a 65 años atendidos en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora, realizado por Josselyne Elizabeth Loiza Romero, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Asimismo, doy fe que dicho trabajo de titulación ha sido revisado por la herramienta de antiplagio institucional.

Particular que comunico para los fines legales pertinentes.

Atentamente,

Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado, MsC.,

Directora del trabajo de fin de titulación

C.C. 110209488-3

Declaración de autoría y cesión de derechos

“Yo, Josselyne Elizabeth Loaiza Romero, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

- Ser autora del trabajo de titulación denominado: “Tipo de dolor, su tratamiento e impacto en la vida diaria de pacientes de 18 a 65 años atendidos en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora”, de la Titulación de Medicina, específicamente de los contenidos comprendidos en: la Introducción, el Capítulo uno: Marco teórico del dolor, Capítulo dos: Diseño metodológico, Capítulo tres: Resultados e interpretaciones, las Conclusiones y Recomendaciones, siendo la Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado, MsC., la directora del presente trabajo; y, en tal virtud, eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual. Además, ratifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo son de mi exclusiva responsabilidad.
- Que mi obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j) de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, el artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece que *“Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”*.
- Autorizo a la Universidad Técnica Particular de Loja para que pueda hacer uso de mi obra con fines netamente académicos, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, sirviendo el presente instrumento como la fe de mi completo consentimiento; y, para que sea ingresada al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Autora: Josselyne Elizabeth Loaiza Romero

C.C. 110497131-0

Dedicatoria

De mis padres he aprendido que el que persevera, alcanza.

Este trabajo representa el punto final de mi carrera universitaria y quiero dedicárselo a las personas que han sido un pilar fundamental durante este largo proceso:

A mis padres: Nelson y Guilda

A mi hermano: Brayam

A la Directora de Tesis: Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado, MsC.

Por confiar en mi capacidad y ser testimonio de mi primer esfuerzo por aportar en algo a la comunidad médica y a la sociedad.

Dedicada también para todas aquellas personas que sufren dolor, quienes fueron mi fuente de inspiración, ya que mi deseo ferviente para ellas es lograr que el personal médico comprenda que el dolor no sólo involucra el aspecto médico y científico, sino también la parte psicológica, social y espiritual, buscando una manera de compadecerse y “padecer juntos”.

Con especial afecto,

La autora.

Agradecimiento

Dedico esta página especial para consignar mis más nobles sentimientos de gratitud:

A Dios, que en todo momento está conmigo y me ha dado la oportunidad de vivir y poder construir mis sueños para hacerlos realidad. Por darme esta vocación que sin duda le ha dado sentido a mi vida.

A mis padres, por haber guiado y moldeado mi personalidad; muchos de mis logros se los debo a ellos, entre los que se incluye éste, agradezco su apoyo incondicional, su confianza y su manera de demostrarme que este sueño se convirtió también en el suyo.

A mi hermano, porque no solo ha aportado cosas buenas a mi vida, sino que ha sido mi refugio y motivación para convertirme en lo que es él, un gran médico.

A mi alma máter, la Universidad Técnica Particular de Loja, que mediante la Titulación de Medicina y el Departamento de Becas, contribuyeron para que mi sueño de ser médico se haga realidad.

Al Hospital General Isidro Ayora, por darme la oportunidad de hacer posible esta investigación, agradezco al personal médico que siempre estuvo dispuesto a ayudarme y compartir sus sabios consejos y conocimientos con mi persona.

Y de manera especial a la directora de este trabajo de fin de titulación, Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado, MsC., por su responsabilidad y profesionalismo para dirigir y orientar mi trabajo de investigación, agradezco su paciencia y apoyo incondicional, ya que siempre ha buscado la solución a los problemas y la manera de poder llegar a la finalización de este trabajo investigativo.

La autora.

Índice de contenidos

Carátula	I
Aprobación de la directora del Trabajo de Titulación.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Índice de contenidos	VI
Índice de tablas.....	VIII
Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción	3
Capítulo uno	5
Marco teórico del dolor.....	5
1.1. Definición del dolor.....	5
1.2. Epidemiología	7
1.3. Clasificación del dolor	8
1.3.1. Según su temporalidad.....	8
1.3.2. Según su mecanismo fisiopatológico	9
1.3.3. Según su evolución.....	11
1.3.4. Según su intensidad	11
1.4. Tratamiento.....	12
1.4.1. Tratamiento farmacológico	13
1.4.2. Tratamiento no farmacológico	18
1.5. Calidad de vida relacionada con la salud	21
1.5.1. Impacto del dolor en la vida diaria	23
Capítulo dos.....	25

Diseño metodológico.....	25
2.1. Diseño de la investigación.....	25
2.2. Universo.....	25
2.3. Criterios de inclusión y exclusión	25
2.3.1. <i>Criterios de inclusión</i>	25
2.3.2. <i>Criterios de exclusión</i>	25
2.4. Tipo de muestreo	26
2.5. Método e instrumento	26
2.6. Procedimiento	27
2.7. Consideraciones éticas	28
2.8. Plan de análisis	29
2.9. Limitaciones	29
Capítulo tres	30
Resultados e interpretaciones.....	30
3.1. Tablas	30
3.1.1. <i>Objetivo Nro. 1: Establecer la frecuencia del dolor en pacientes atendidos en Consulta Externa y Hospitalización en el Servicio de Ginecología del HIAL.</i>	31
3.1.2. <i>Objetivo Nro. 2: Identificar el tipo de dolor más frecuente en el Servicio de Ginecología.</i>	32
3.1.3. <i>Objetivo Nro. 3: Analizar el tratamiento utilizado de acuerdo al tipo de dolor en Consulta Externa y Hospitalización en pacientes del Servicio de Ginecología</i>	34
3.1.4. <i>Objetivo Nro. 4: Determinar el impacto del dolor en la vida diaria de las pacientes.</i>	37
Capítulo cuatro.....	41
Discusión	41
Conclusiones	47
Recomendaciones	48
Referencias.....	49
Apéndice.....	55
Apéndice 1: Cuestionario modificado de la FEDELAT.....	55

Apéndice 2: Definición y operacionalización de variables.	59
Apéndice 3: Certificado de aprobación del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja. 62	
Apéndice 4: Consentimiento informado leído.	63

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Nocicepción vs. dolor.</i>	6
Tabla 2. <i>Escalas más utilizadas para la valoración del dolor.</i>	11
Tabla 3. <i>Tabla histórica del tratamiento del dolor.</i>	12
Tabla 4. <i>Escala analgésica de la OMS para el tratamiento del dolor.</i>	13
Tabla 5. <i>Diagrama del modelo conceptual de la OMS.</i>	21
Tabla 6. <i>Edad y área de hospitalización.</i>	30
Tabla 7. <i>Frecuencia del dolor según el área de atención.</i>	31
Tabla 8. <i>Tipo de dolor en el servicio de Ginecología según su temporalidad.</i>	32
Tabla 9. <i>Clasificación del dolor agudo y crónico según su localización.</i>	32
Tabla 10. <i>Tipo de dolor en el Servicio de Ginecología según su intensidad.</i>	33
Tabla 11. <i>Tipo de dolor en el Servicio de Ginecología según su mecanismo fisiopatológico.</i>	33
Tabla 12. <i>Tratamiento del dolor utilizado en el Servicio de Ginecología.</i>	34
Tabla 13. <i>Tratamiento farmacológico del dolor utilizado en cada área del Servicio de Ginecología.</i>	34
Tabla 14. <i>Tratamiento farmacológico utilizado de acuerdo al tipo de dolor agudo y crónico.</i>	35
Tabla 15. <i>Tratamiento farmacológico utilizado de acuerdo al tipo de dolor según su intensidad.</i>	35
Tabla 16. <i>Tratamiento farmacológico utilizado de acuerdo al tipo de dolor según su mecanismo fisiopatológico.</i>	36
Tabla 17. <i>¿El dolor interfiere con el propio cuidado?</i>	37
Tabla 18. <i>¿El dolor interfiere al caminar?</i>	37
Tabla 19. <i>¿El dolor interfiere con el trabajo?</i>	38
Tabla 20. <i>¿El dolor afecta la vida social?</i>	38

Tabla 21. <i>¿El dolor afecta emocionalmente?</i>	39
Tabla 22. <i>¿El dolor interfiere en la vida sexual?</i>	39
Tabla 23. <i>¿El dolor afecta el sueño?</i>	40
Tabla 24. <i>Incapacidad por el dolor en el Servicio de Ginecología.</i>	40

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo determinar el tipo de dolor más frecuente y su tratamiento en pacientes de 18 a 65 años atendidos en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, durante el período julio 2019 - febrero 2020, mediante el cuestionario modificado de la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor, para establecer el impacto en la vida diaria de las pacientes. La metodología fue la de un estudio descriptivo - transversal, a través de encuestas aplicadas y mediante llamadas telefónicas. Resultados: frecuencia del dolor fue de 1 a 2 veces por semana, independientemente del área en que han sido atendidas (48,4%) Consulta Externa representó el 66, 3%. El tipo de dolor que prevaleció fue el agudo (58,9%), leve-moderado (48,4%). Los AINEs fueron los más usados en Consulta Externa (42,1%), mientras que en Hospitalización, los opioides débiles (29,5%). La incapacidad por dolor representó el 21,1%, siendo el estado emocional y la calidad de sueño las más afectadas. En conclusión, el dolor agudo prevaleció frente al crónico.

Palabras clave: dolor, tratamiento, calidad de vida.

Abstract

The present research aims to determine the most frequent type of pain and its treatment in patients between 18 and 65 years old attended in Outpatient Consultation and Hospitalization of the Gynecology Service of the Isidro Ayora Hospital in the city of Loja, during the period July 2019 - February 2020, through the modified questionnaire of the Latin American Federation of Associations for the Study of Pain, to establish the impact on the daily life of patients. The methodology was that of a descriptive-cross-sectional study, through applied surveys and through telephone calls. Results: frequency of pain was 1 to 2 times a week, regardless of the area in which they were attended (48.4%). Outpatient consultation represented 66.3%. The type of pain that prevailed was acute (58.9%), mild-moderate (48.4%). NSAIDs were the most used in Outpatient Consultation (42.1%), while in Hospitalization, weak opioids (29.5%). Disability due to pain represented 21.1%, being the emotional state and the quality of sleep the most affected. In conclusion, acute pain prevailed over chronic pain.

Keywords: pain, treatment, quality of life.

Introducción

El dolor es considerado el síntoma que se presenta con mayor frecuencia, según González y Moreno (2007) *“existe un elevado porcentaje de pacientes con un inadecuado manejo del dolor, lo que repercute en una mayor limitación en la realización de las actividades diarias”* (p. 422).

En Ecuador, se desconocen datos actualizados acerca de la prevalencia del dolor y su abordaje terapéutico, por lo que no se puede realizar una comparación con los otros países de Latinoamérica, como por ejemplo en Colombia, que según el VIII Estudio Nacional de Dolor (2014), se determinó que el 76% de la población general tuvo dolor independientemente de su causa en los últimos 6 meses de realizado el estudio (Guerrero & Gómez, 2014), esto indica un porcentaje relativamente alto, lo cual resulta un problema que debe ser atendido; y, por tal razón, lleva a pensar que nuestro país no está tan lejos de esta cifra.

Por otro lado, a escala mundial, en el Servicio de Ginecología, el dolor pélvico crónico, afecta alrededor del 25-29% de la población general. Hoy en día, son muchas las mujeres que acuden al Servicio de Ginecología por presentar dolor de origen ginecológico y/o de otras causas; a nivel mundial, la prevalencia exacta para el tipo de dolor en pacientes ginecológicas es difícil de determinar, ya que varían según la cultura, edad, definición de dolor y otras comorbilidades (Ahangari, 2014), pero, a pesar de ello, no existe tampoco una clara aproximación de su abordaje primario multidisciplinario e integral.

En un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito, en el 2004, se reporta una prevalencia del 26,6% de dolor pélvico crónico (DPC), y el impacto en la calidad de vida se resumió a que el 25% de las mujeres con DPC pierden un día y medio de trabajo por mes, 58% tienen restringida su actividad normal, y, hasta un 1% solicitan consulta psicológica.

Con los antecedentes expuestos, el presente estudio pretende establecer la frecuencia del dolor, identificar cuál es el tipo de dolor más frecuente, analizar el tratamiento utilizado de acuerdo al tipo de dolor y determinar el impacto en la vida diaria de las pacientes

de 18 a 65 años, atendidas en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja, durante el periodo julio 2019 - febrero 2020.

Desde el punto de vista científico, esta investigación tiene la intención de aportar datos estadísticos locales, para la construcción de conocimientos en esta área y servir de base para futuras investigaciones.

En el Capítulo I, se desarrolla el marco teórico, en el que se expone los conocimientos científicos sobre el dolor y un apartado sobre el impacto del dolor en la vida diaria.

En el Capítulo II, se detalla el diseño de la investigación, el universo, los criterios de inclusión y exclusión, el método empleado y el cuestionario modificado de la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT¹), como instrumento de recolección de los datos, se detalla el plan de tabulación y análisis, mediante el Sistema Estadístico IBM SPSS, y las limitaciones encontradas.

En el Capítulo III, se exponen los resultados de esta investigación, los cuales establecieron la verdadera magnitud del problema a nivel local. Finalmente, se presentan las respectivas conclusiones de la investigación, lo cual demuestra el cumplimiento de los objetivos planteados, y, se incluye algunas recomendaciones para contribuir al mejoramiento de la vida diaria en los pacientes con dolor.

Es importante también mencionar que este trabajo se pudo realizar gracias a la apertura del Director Médico del Hospital General Isidro Ayora, quien facilitó el acceso a la población de estudio; el apoyo incondicional de la Dra. Merci Vallejo, MsC., como docente de investigación y directora de este trabajo de titulación; la Dra. Patricia Bonilla, quién facilitó la herramienta para esta investigación; y, sin duda alguna, la colaboración de las pacientes.

¹ En adelante se utilizarán las siglas “FEDELAT” para hacer referencia a la “Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor”.

Capítulo uno

Marco teórico del dolor

1.1. Definición del dolor

Es lógico pensar que el dolor existió desde siempre, por eso es considerado como el síntoma de la sociedad, definido con poesía por Albert Schweitzer (s.f.) como: *“El más terrible de los señores de la Humanidad”*. El dolor es eterno; inevitable, por la razón de no poder combatir contra su aparición, así como también definirlo con exactitud.

Hablar de dolor es complejo, porque son muchos los aspectos subjetivos y fisiológicos sensitivos del dolor que experimenta el ser humano, la respuesta es diferente en cada individuo e incluso no es la misma en el mismo individuo en diferentes momentos.

Merskey H., et. al., 1979, citado por Detlef, R. (2018), mencionan que *“La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1979) ha definido el dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, en relación con daño tisular real o potencial, o descrito en términos de tal daño.*

El dolor es el síntoma que con mayor frecuencia motiva a consulta médica, por tanto, su interpretación semiológica, requiere conocimientos básicos de las estructuras anatómicas y mecanismos neurofisiológicos implicados. *“La organización neuroanatómica del sistema sensitivo del dolor tiene algunas claves en la evolución embriológica”* (Argente & Álvarez, 2013, pág. 63).

Así, por ejemplo, en el embrión se distinguen dos estructuras dispuestas perpendicular y longitudinalmente, las primeras corresponden a las somitas que son bloques de mesodermo, constituidos por un dermatoma (dermis de la piel), un miotoma (músculos) y un esclerotoma (huesos y articulaciones); mientras que las segundas son las vísceras que inicialmente están ubicadas en la línea media, con un mecanismo de crecimiento por diverticulación (Argente & Álvarez, 2013). Esta referencia permitirá comprender las diferencias entre dolor somático y visceral.

Desde el punto de vista neurofisiológico, la percepción del dolor precisa de la participación del sistema nervioso central (SNC) y del sistema nervioso periférico (SNP). El dolor desencadena una serie de reacciones en ambos sistemas que permiten la percepción del mismo, con la finalidad de disminuir la causa y limitar las consecuencias. Los mensajes nociceptivos son transmitidos, modulados, e integrados en diferentes niveles del sistema nervioso; van desde la periferia por vía medular a centros superiores (tálamo, córtex). (Romera, Perena y Rodrigo, 2000, p. 12).

De acuerdo a las actualizaciones realizadas por investigadores, y revisadas por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), se discute una nueva propuesta para definir el dolor: *“El dolor es una experiencia somática, mutuamente reconocible, que refleja la aprensión de una persona de amenazar su integridad corporal o existencial”* (Treede, Cohen, Quintner, y Rysewyk, 2018, p. 2).

Esta nueva definición de dolor está enfocada en establecer las diferencias entre nocicepción y dolor, ya que los autores recomiendan que el dolor no debe confundirse con nocicepción; el significado y las diferencias de cada término se detalla a continuación:

Tabla 1

Nocicepción vs. dolor

Nocicepción	Dolor
Perspectiva en tercera persona	Perspectiva en primera persona
Relacionado con el estímulo	Relacionado con la percepción
Discriminación sensorial	Sufrimiento

Nota. Cohen M, Quintner J, van Rysewyk S (2018) Reconsidering the IASP definition of pain. PAIN Reports.

Sin embargo, la redacción propuesta por Cohen et. al. (2018) no debería ser usada como definición de dolor porque postula que *“El reconocimiento por parte de un observador externo es obligatorio para que exista el dolor”* (p. 2).

A pesar de eso, su teoría recalca la necesidad de tener una perspectiva clara del lenguaje del dolor, es decir tiene un gran aporte en la forma de evaluar el dolor mediante la aplicación de cuestionarios, pero no para una redefinición del mismo, por lo que la definición

propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), sigue siendo la más utilizada en la actualidad.

1.2. Epidemiología

En relación a los aspectos epidemiológicos, cabe destacar que la prevalencia del dolor es difícil de determinar globalmente, debido a su carácter multidimensional y a la falta de consenso unificado de todos los países del mundo. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS²) afirma que *“a nivel mundial entre el 25% al 29% de la población padece dolor”* (2017). Existen algunos estudios que han sido reconocidos internacionalmente, en donde los resultados definen al dolor crónico como un problema de salud pública, el mismo que está presente en un porcentaje que varía del 35% hasta el 70% en algunos países. ¿Es una cifra alta? Depende del tamaño de la población en que se ha medido dicho parámetro (Sánchez y Santiago, 2014, p.71).

Así, por ejemplo, en Estados Unidos, la prevalencia del dolor crónico es mayor (23-32%), en comparación con los países europeos (19%), siendo la lumbalgia la afectación que ocupa el primer lugar en dichos países (González y Castellón, s.f.).

En Ecuador se desconocen datos actualizados acerca de la prevalencia del dolor y su abordaje terapéutico, a diferencia de otros países de Latinoamérica, como Colombia, que según el VIII Estudio Nacional de Dolor (2014) determinó que el 76% de la población general tuvo dolor independientemente de su causa, en los últimos seis meses de realizado el estudio (Guerrero y Gómez, 2014).

La OMS identificó la necesidad de un tratamiento mejorado y estandarizado del dolor crónico, tanto oncológico como no oncológico y del dolor agudo (2007). Esta misma organización calcula que 5.000 millones de personas viven en países que carecen de medicamentos fiscalizados o el acceso a ellos es deficiente y no tienen posibilidad de recibir tratamiento para el dolor moderado o severo.

² En adelante se utilizarán las siglas “OMS” para hacer referencia a la “Organización Mundial de la Salud”.

1.3. Clasificación del dolor

1.3.1. Según su temporalidad

Por su temporalidad se clasifica al dolor en agudo y crónico; el dolor agudo se define como aquel que es de horas o días, es decir de corta duración, desaparece con la curación del daño tisular, por lo general es menor de 3 meses, tiene una función de protección acompañada de reflejos protectores que evitan la extensión de la lesión, pero ciertos cambios neuronales como el estrés contribuyen al desarrollo del dolor crónico, que se extiende por más de 3 meses desde su aparición y que por lo general está asociado a una enfermedad crónica (Arco, 2015, p.36).

De acuerdo con Puebla Díaz, F. (2005): *“El dolor agudo conlleva escaso componente psicológico, mientras que el crónico se acompaña de componente psicológico”*. El presente trabajo tiene como objetivo el estudio del dolor en pacientes que acuden al Servicio de Ginecología, por tanto, a continuación, se detallan las causas más comunes, según el tipo de dolor agudo o crónico.

1.3.1.1 Causas del dolor agudo.

- **Infecciones agudas:** endometritis, enfermedad inflamatoria pélvica aguda, absceso tubo-ovárico.

- **Trastornos de los anexos:** quiste ovárico funcional hemorrágico, torsión de anexo, torsión de ovario, rotura de quiste ovárico.

- **Causas genitourinarias:** cistitis, pielonefritis, litiasis ureteral.

- **Complicación del embarazo:** embarazo ectópico roto, amenaza de aborto, degeneración de leiomioma.

- **Dolor pélvico recurrente:** dismenorrea primaria/secundaria, dolor periovulatorio (Mittelschmerz) (R. Ezcurra, 2009).

1.3.1.2 Causas del dolor crónico.

- **Causas gastrointestinales:** síndrome de colon irritable, gastritis, neoplasias.

- **Causas genitourinarias:** endometriosis, cáncer ovárico, enfermedad pélvica inflamatoria crónica (R. Ezcurra, 2009).

En este contexto, al hablar de causas el dolor en ginecología, el dolor pélvico es una de ellas. Quintas y Carmona (2020) en el capítulo del Dolor de causa ginecológica del libro de Ginecología de González-Merlo 10º edición, explican que *“el dolor pélvico hace referencia al dolor localizado en la pelvis anatómica, la pared abdominal anterior por debajo del ombligo, la zona lumbosacra o los glúteos.”*

Además, han analizado diferentes estudios en los que se estima que el dolor pélvico crónico afecta entre el 4 al 15%. Creen que se trata de una sintomatología muy frecuente, ya que el 10% que acude a consulta ginecológica lo hace porque tiene dolor (p. 193-201).

Por ello se debe tener en cuenta la existencia del dolor pélvico y poder distinguir, al tratarse de un dolor pélvico, cuándo se trata de un dolor pélvico agudo y cuándo se trata de un dolor pélvico crónico.

1.3.2. Según su mecanismo fisiopatológico

Esta clasificación se basa en la organización neuroanatómica y neurofisiológica del sistema sensitivo, cada uno tiene características específicas y es importante diferenciarlos para poder llegar a un diagnóstico preciso.

1.3.2.1 Dolor nociceptivo. *“Causado por la activación de los receptores del dolor (nociceptores) en respuesta a un estímulo (lesión, inflamación, infección, enfermedad). Existe una relación directa entre su intensidad y la gravedad de la agresión.”* (Arco, 2015, p. 37). El dolor nociceptivo se subdivide en:

1.3.2.1.1 Dolor somático. Aparece cuando se estimulan los nociceptores superficiales y profundos de la piel, sistema musculoesquelético o vascular; se caracteriza por estar bien localizado, palpitante y tipo presión, y aunque con frecuencia es punzante su tipología varía en cada persona (Arco, 2015).

1.3.2.1.2 Dolor visceral. Ocurre cuando se lesionan órganos internos ya sea por infiltración, compresión o distensión, se caracteriza por ser profundo, continuo, difuso, tipo

cólico y mal localizado; se irradia a zonas alejadas del punto de origen; generalmente se acompañan de síntomas vegetativos: náuseas, vómitos, sudoración, etcétera (Arco, 2015).

1.3.2.2 Dolor neuropático. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define al dolor neuropático como *“dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso”*. Sin embargo, esta definición a pesar de haber sido útil para distinguir algunas características de los tipos de dolor neuropático y nociceptivo, carece de límites definidos, por tal razón, un grupo de expertos de la comunidad neurológica y del dolor ha propuesto una definición que ha sido revisada y se ajusta a la nosología de los trastornos neurológicos: el dolor neuropático es el que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta el sistema somatosensorial. (R.D. Treede, TS Jensen, JN Campbell, et al., 2008).

Es habitual que sea desproporcionado para el estímulo que lo produce (hiperalgesia) y que presente dolor ante un estímulo no doloroso (alodinia), que es muy característico del dolor neuropático. Se considera un dolor patológico, ya que no tiene ninguna utilidad como mecanismo de alerta o defensa (Arco, 2015, p.37). Este tipo de dolor tiene sus propias características específicas que lo diferencian de los demás, entre ellas: es permanente o intermitente; puede originarse por lesión de las vías nerviosas en una región y coexistir con un déficit para otros tipos de sensibilidad, sección de un nervio en un muñón de amputación, o con lesión de las vías de conducción o a nivel del tálamo; carece de sentido de defensa, la estructura nerviosa se activa en forma espontánea, no responde a los analgésicos por falta de lesión tisular, puede conducir a trastornos tróficos importantes (Argente & Álvarez, 2013).

1.3.2.3 Dolor psicogénico. Argente y Álvarez (2013) afirman que *“El dolor psicogénico no se origina por una estimulación nociceptiva, sino más bien tiene una causa neuronal y se lo ha relacionado con perturbaciones mentales como: neurosis, hipocondría, trastornos somatoformes, etc. Hay que tener en cuenta que el sufrimiento de estos pacientes es tan real como el provocado por alteraciones anatómicas y se lo debe tratar como tal.”* (p. 70-71).

1.3.3. Según su evolución

Arco (2015), realizó dos clasificaciones:

1.3.3.1 Dolor continuo. Es aquel dolor que persiste a lo largo del día sin aliviarse.

1.3.3.2 Dolor episódico. Se define como el dolor que se presenta en el transcurso del día, pero con exacerbaciones repentinas y transitorias.

Se puede clasificar a su vez en incidental, cuando existe un factor desencadenante, e idiopático o espontáneo (p. 37-38).

1.3.4. Según su intensidad

Para clasificar el dolor según su intensidad se utilizan varias herramientas de evaluación como cuestionarios y escalas certificadas como la numérica o análoga visual (EVA), ya que permiten objetivar la subjetividad de la intensidad del dolor. Arco (2015) menciona que *“Se considera leve si no interfiere en la capacidad para realizar las actividades diarias, moderado cuando dificulta estas actividades, e intenso cuando interfiere incluso en el descanso”* (p. 38). Evaluar el dolor es difícil, ya que se trata de una experiencia individual y subjetiva, por este motivo se recurre al uso de escalas que sean fáciles de comprender por los pacientes y que al mismo tiempo demuestren validez. A continuación, se muestra una tabla comparativa de las diferentes escalas que pueden utilizarse para valorar la intensidad del dolor.

Tabla 2

Escalas más utilizadas para la valoración del dolor

<i>Tipo escala</i>	<i>Características</i>	<i>Numeración Interpretación</i>
Escala analógica visual (EVA)	Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros	Sin dolor Máximo dolor
Escala numérica (EN)	Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad; el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado	0 = sin dolor 10 = máximo dolor
Escala categórica (EC)	Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico	0 (nada) 4 (poco) 6 (bastante) 10 (mucho)
Escala visual analógica de intensidad	Consiste en una línea horizontal de 10 cm; en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable	0 = nada 10 = insoportable
Escala visual analógica de mejora	Consiste en la misma línea; en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total	0 = no mejora 10 = mejora

Nota. Anónimo (2012). Escalas para la valoración del dolor. Disponible en:

<https://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>.

De acuerdo a la escala numérica (EN), la intensidad del dolor se clasifica:

- Dolor leve (1-3).
- Dolor moderado (4-6).
- Dolor severo (7-10)

1.4. Tratamiento

El estudio del dolor y su tratamiento, desde el empírico hasta el científico, no ha resultado fácil, a través del tiempo han surgido nuevos descubrimientos que han ido evolucionando de acuerdo a la concepción que se tenía del dolor. Se presenta una tabla con los sucesos cronológicos que han ido evolucionando a través del tiempo:

Tabla 3

Tabla histórica del tratamiento del dolor

Fecha	Tratamiento
9.000 a.C.	Ritos mágicos, hechizos, sacrificios, plantas
4.000 a.C.	Adormidera
3.000 a.C. Mesopotamia	Exorcismos y plantas (mito)
2.000 a.C. China	Acupuntura y moxibustión
1.000 a 1.500 a.C. Egipto	Purgas y plantas (cannabis, mandrágora)
300 - 400 a.C. Grecia	Anestesia inhalatoria y electroestimulación (anguilas)
S. I - Roma	Polifarmacia
S. II - XVII	Curares, éter, laudanum, crioanalgesia y analgesia endovenosa
S. XVIII	Mesmerismo y electroterapia, anestesia moderna
S. XIX	Hipnosis y terapia física; aspirina, óxido nítrico, éter y opioides; anestésico local y analgesia peridural
S. XX	Fenolización, analgesia multidisciplinar, cordotomía, lobotomía, neurotomías, estimulación talámica y neuromodulación

Nota. Pérez - Cajaville J, Abejón D, Ortiz JR., Pérez JR. (2005). Pain and its treatment over history. Rev. Soc. Esp. Dolor; 12: 373-384.

Hoy en día, el tratamiento del dolor es muy amplio y muchas veces resulta difícil de manejar, esto depende de muchos factores como la medición objetiva del dolor, la edad y la capacidad de respuesta. Las opciones de tratamiento para el dolor pueden ser farmacológicas

y no farmacológicas, ya que son una buena respuesta al tratamiento, como resultado de múltiples enfoques utilizados, coordinados a través de un equipo multidisciplinario. Las modalidades de tratamiento actualmente disponibles en promedio dan como resultado una disminución del dolor de aproximadamente el 30% (Turk, Wilson, y Cahana, 2011). Pero, incluso una respuesta parcial del 30% puede ser clínicamente significativa y mejorar la calidad de vida del paciente (Farrar, Jr., LaMoreaux, Werth, y Poole, 2001).

1.4.1. Tratamiento farmacológico

Es la opción terapéutica más utilizada para aliviar el dolor.

1.4.1.1 Escala analgésica de la OMS. El enfoque de la escala analgésica de la OMS describe una guía para el control del dolor que se basa en la intensidad del dolor (leve, moderado y grave) a la que se propone responder con un antiálgico de eficacia. Si la analgesia obtenida es insuficiente, se recomienda ir al nivel superior. También pueden asociarse los “coanalgésicos”, que además de su propiedad principal, tienen propiedades antiálgicas (por ejemplo, algunos antidepresivos o antiepilépticos, corticoides, bifosfonatos, etc.). No obstante, en el dolor agudo, algunos autores recomiendan revertir la pirámide comenzando desde el principio en un paciente que sufre de dolor intenso con un antiálgico potente de nivel 3 para ser más eficaz (Coutaux, 2020).

Tabla 4

Escala analgésica de la OMS para el tratamiento del dolor

Primer escalón: Analgésicos no opiodes	Segundo escalón: Opiodes débiles	Tercer escalón: Opioides potentes	Cuarto escalón: Opioides potentes
		Morfina	Vía espinal y
	Codeína	Fentanilo	bloqueo nervioso.
AINEs	Dihidrocodeína	Oxicodona	Manejo por la
Paracetamol	Tramadol	Metadona	Unidad del dolor.
Metamizol		Buprenorfina	
	Pueden asociarse a los fármacos del primer escalón en determinadas situaciones.		
Posibilidad de usar coadyuvantes en cualquier escalón, según la situación clínica y causa específica del dolor.			

Nota. Broseta Rico, E., Budía Alba, A., Burgués Gasión, J y Luján Marco, S. (2016). Capítulo: Analgesia. Urología Práctica, (pp. 583-588). Elsevier España, S.L.U.

Para optimizar el manejo del dolor se cuenta con dosis de rescate, la cual consiste en dosis adicionales de opioides útiles en pacientes que presentan dolor a pesar de haber recibido la medicación horaria indicada.

Geppetti, P. y Benemeni, S., (2009), citado por Bonilla et al., (2011), sugiere que por consenso, los autores del Manual para Latinoamérica sobre El Uso de Opioides en Tratamiento del Dolor, recomiendan que la dosis de rescate sea un 10% de la dosis total de 24 horas, y siempre deben realizarse con formulaciones de liberación inmediata (p. 25).

1.4.1.1.1 Analgésicos no opioides.

- **Paracetamol:** Es un analgésico y antipirético, generalmente seguro, tiene la ventaja de que puede administrarse por vía oral, intravenosa y rectal. No se asocia a los efectos antiplaquetarios ni digestivos de los AINEs y del AAS, lo que lo convierte en un fármaco particularmente útil en los pacientes con cáncer, y, a diferencia de ellos, su efecto antiinflamatorio es leve (Goodman & Gilman, 2001).

- **Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs³):** Son inhibidores de la ciclooxigenasa (COX) no selectivos (COXIB), dado que son fármacos que bloquean de forma no selectiva la actividad de las enzimas COX-1 (presente en la mucosa gástrica y las plaquetas) y COX-2 (activa en las vías inflamatorias y en la regulación del flujo de sangre cortical renal), que sintetizan prostaglandinas.

Los efectos adversos de los AINEs son poco frecuentes, pero pueden ser graves si aparecen; entre ellos están la inhibición del crecimiento y la cicatrización de los huesos; gastritis con dolor y sangrado digestivo; disminución del flujo sanguíneo renal, que puede reducir la filtración glomerular y potenciar la reabsorción de sodio, dando lugar en ocasiones a necrosis tubular; disfunción e insuficiencia hepática; inhibición de la función plaquetaria; y,

³ En adelante se utilizarán las siglas “AINEs” para hacer referencia a los “Antiinflamatorios no esteroideos”.

aumento de la incidencia de episodios cardiovasculares en pacientes predispuestos al ictus o el infarto de miocardio.

Aunque la incidencia global de hemorragia es muy baja, la hemorragia digestiva es la causa de muerte más frecuente en relación con esta clase de analgésicos (Goodman & Gilman, 2001).

En la práctica clínica en los Servicios de Ginecología, los AINEs más utilizados son el ibuprofeno, ácido mefenámico, naproxeno sódico y ketorolaco. Jamieson, M. en su artículo titulado "Disorders of Menstruation in Adolescent Girls" (2015) menciona que *"los AINEs funcionan mejor si se toman de manera proactiva y se combinan cuando es necesario con acetaminofén, sobre todo en niñas adolescentes con trastornos de la menstruación que cursan con dismenorrea, lo que ha logrado en gran medida aliviar el dolor en este grupo de pacientes."*

- **Ibuprofeno:** Es un derivado del ácido propiónico, que posee propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas, actúa inhibiendo la acción de las enzimas COX-1 y COX-2. Como analgésico puede bloquear la generación periférica del impulso doloroso involucrado la disminución de la actividad de prostaglandinas, es posible que inhiba las síntesis y acciones de otras sustancias sensibilizantes de los nociceptores (Goodman & Gilman, 2001).

La posología para la analgesia del dolor leve a moderado para casos de antipirexia y dismenorrea es de 200 a 400mg cada 4 a 6 horas. Si fuere necesario, se puede administrar 100 mg solamente en la primera dosis. En los estudios de toxicidad, los efectos tóxicos observados coinciden con los de otros antiinflamatorios no esteroideos. El ibuprofeno no resultó teratogénico en diferentes especies animales (Goodman & Gilman, 2001).

1.4.1.1.2 Opioides débiles.

- **Codeína:** Es un agonista de los receptores μ , clasificado como un opioide débil, con pocos efectos secundarios. La OMS lo ubica en el segundo escalón de la escalera analgésica. Se ha usado sola o en combinación con AINEs y paracetamol, tanto en adultos como en

niños, en dolor agudo, crónico oncológico y no oncológico. También está indicada para el tratamiento de la tos en dosis bajas.

McNicol E., et al. (2003), citado por Bonilla et al. (2011), comentan que la dosis máxima de codeína es de 400 mg/día. Se debe tener especial precaución con la combinación de este fármaco con AINEs o paracetamol, a fin de evitar el incremento de los efectos secundarios que ocurren si se sobrepasan las dosis máximas de estos últimos (p. 26).

- **Tramadol:** Es un medicamento con múltiples mecanismos de acción, considerado un opioide débil que se ubica en el segundo peldaño de la escalera analgésica de la OMS, es útil en el control del dolor moderado.

No se ha descrito un efecto techo, pero debido a sus efectos colaterales se recomiendan dosis máximas de 400 mg en 24 horas en adultos jóvenes. Iniciar con dosis de 0,5 mg/kg cada 6 horas y, dependiendo de la respuesta analgésica y efectos adversos, aumentar hasta 2 mg/kg cada 6 horas; en caso de requerir más de 400 mg, se debe pasar a un opioide fuerte (De Lille R, 2006, p.1-6).

El Tramadol debe administrarse concomitantemente con antieméticos y laxantes, a fin de prevenir vómitos y constipación. Su uso debe ser evitado en pacientes con epilepsia, con historial de convulsiones o en pacientes con un riesgo reconocido para convulsiones como traumas craneoencefálicos, desórdenes metabólicos, síndrome de abstinencia de drogas o de alcohol o infecciones del SNC (Gutstein HB y Akil H., 2006).

1.4.1.1.3 Opiodes potentes.

- **Morfina:** Es el prototipo de los analgésicos opioides. Químicamente se trata de un alcaloide, cuya fuente de obtención sigue siendo el *Papaver Somniferum*. Esta planta también es la fuente de obtención de otros alcaloides con utilidad clínica como la codeína y papaverina. Su efecto se caracteriza por carecer de techo analgésico, se ubica en el tercer escalón de la escalera de la OMS y se usa para dolor severo (Colleau S M., 2006, p.2).

La vía de elección para la administración de morfina es la oral. La dosis inicial para adultos por esta vía es 5 mg cada 4 horas. Si el paciente es mayor de 60 años o presenta comorbilidades, se debe administrar cada 6 horas. La dosis intravenosa de prescripción de

morfina es de 0,1 mg/kg en pacientes adultos y se reduce a 0,05 mg/kg en mayores de 60 años, o en presencia de comorbilidades. (Bonilla et al., 2011, p.30).

Geppetti, P y Benemeni, S., (2009), citado por Bonilla et al., (2011), sugiere que la dosificación de rescate es el 10% de la dosis total diaria.

La potencia relativa de morfina intravenosa a morfina oral es 1:3 y la subcutánea 1:2. Por lo tanto, si se desea pasar de administración parenteral a oral, la dosis debe multiplicarse por tres. La administración de morfina por vía intravenosa produce un efecto analgésico inmediato y la dosis debe ser la tercera parte de la administrada por vía oral (Bonilla et al., 2011, p. 30).

- **Fentanilo:** Es de origen sintético, con una estructura química que le provee una elevada liposolubilidad. Se comporta como un agonista de receptores μ y está disponible para la administración por las vías oral transmucosa, parenteral, transdérmica y epidural. Se ubica en el tercer peldaño de la escalera analgésica de la OMS (Colleau, S M., 2006, p. 2).

Darwish M., Kirby M., Robertson P. Jr., et. al. (2007), explicaron que la concentración plasmática máxima para analgesia se alcanza en aproximadamente 5 minutos después de su administración intravenosa (343-350). Los parches transdérmicos de liberación continua (72 horas) proporcionan concentraciones estables del fármaco y permiten un adecuado control del dolor basal, aunque no se recomiendan en dolor agudo (Gutstein HB y Akil H, 2006).

El fentanilo es un agonista de los receptores μ con efectos analgésicos y sedantes. *“Comparado con morfina tiene un efecto analgésico cien veces más potente”* (Darwish M, Kirby M, Robertson P. Jr., et. al., 2007, p. 350); razón por la cual se encuentra en el tercer peldaño de la escalera analgésica de la OMS.

- **Oxicodona:** Ross F. B. y Smith M. T. (1997) definieron que es un opioide semisintético, sin techo terapéutico, agonista puro de receptores μ y κ . (151-157). Existe controversia respecto a este tema, ya que hay autores que postulan que el efecto analgésico es debido a la acción agonista sobre receptores μ y otros indican que el efecto analgésico se debe a la acción simultánea de ambos receptores (Shad S. H. y Hardy J., 2001, p. 93-96). La

dosificación debe ser individualizada y está indicada en dolor severo. *“La dosis equianalgésica, a dosis única de 1mg de oxicodona oral corresponde a 2 mg de morfina oral (relación 1:2).”* (Curtis GB, Johnson G. H., Clark P, et al. 1999, p. 425-429).

1.4.1.1.4 Coanalgésicos y coadyuvantes. Como Muriel y Santos (s.f.), lo describen: *“Estos fármacos se probaron originalmente para el tratamiento de procesos distintos al dolor”* (p 3). Un coanalgésico se define como aquel fármaco que tiene acción analgésica propia, pero su indicación principal y efecto farmacológico primario no es el analgésico.

Por otro lado, un coadyuvante, es el fármaco que no tiene acción analgésica propia, pero que administrado con analgésicos convencionales contribuye a disminuir el dolor por otros mecanismos (Pérez Q., 2012). Entre los coanalgésicos y coadyuvantes se mencionan a los antidepresivos y anticonvulsivantes; y las benzodiazepinas y glucocorticoides, respectivamente. Darle el uso apropiado va a depender del examen clínico minucioso de cada paciente.

La acción de estos fármacos para el manejo del dolor es doble: potencian los efectos de los analgésicos opiáceos o no opiáceos o tienen propiedades analgésicas por sí mismos (Muriel y Santos, s.f.), mencionan que: *“El uso de un medicamento coadyuvante, puede no solo aliviar el dolor, sino también abarcar una dimensión de bienestar que el opiáceo únicamente no hubiera conseguido.”* (p 3).

1.4.2. Tratamiento no farmacológico

1.4.2.1 Fisioterapia. La fisioterapia es considerablemente utilizada para el tratamiento de procesos sin un tratamiento médico definitivo y que cursan con dolor, pretende buscar el desarrollo adecuado de las funciones de los sistemas y aparatos del cuerpo humano, donde su buen o mal funcionamiento repercute en la cinética o movimiento corporal humano.

Entre muchas de las opciones de la fisioterapia se menciona al masaje, que relaja la tensión y el espasmo muscular, así como estimula la circulación. El impulso nervioso que se deriva del masaje será de mayor intensidad cuanto mayor sea la superficie del cuerpo sometida a él. Cualquier maniobra de masaje que se lleve a cabo a través de piel, músculo y

tejido conjuntivo produce un estímulo que trasmite a la médula y repercute de manera infra o supra segmentaria (Rodríguez LP, Valero R y Álvarez A., 1990).

Vía refleja se produce la secreción de endorfinas encefálicas que provocarán la inhibición de la sustancia P (neurotransmisor del dolor), que a su vez inhibe a las células T (transmisoras) (Vázquez J., 1991).

Arranz A., Tricás J., Lucha A., Jiménez L., Domínguez B. y García R. (1999) describen que *“existen otras técnicas disponibles como: la crioterapia, la terapia con láser, movilizaciones articulares, terapia de ejercicios físicos, criomasaaje, termoterapia, ultrasonidos, electroterapia o estimulación eléctrica nerviosa subcutánea (TENS) y otras más.”* (167-180).

Por otro lado, Corrales, C. y Torres, M. (2015) concluyen que *“los tratamientos de fisioterapia son beneficiosos en el abordaje del dolor pélvico crónico, siendo la escleroterapia el que presenta mayor eficacia en la disminución del dolor y tiene un impacto positivo en mejorar la calidad de vida, la sintomatología urinaria, gastrointestinal, la función sexual y los aspectos psicológicos.”* (185-201). Este tipo de terapia incluye masajes, estiramiento y ejercicios de fuerza y relajación para aprender a controlar los músculos pélvicos.

1.4.2.2 Bloqueo neurolítico. El bloqueo neurolítico debe limitarse a aquellos pacientes con una corta expectativa de vida, pues el efecto del bloqueo tiene una duración de tres a seis meses. Este bloqueo permite disminuir el uso de analgésicos sistémicos para el control del dolor visceral. Esta técnica es usada para el plexo hipogástrico superior y para el plexo celiaco (especialmente en cáncer de páncreas). Ha demostrado ser efectiva, incluso sobre la terapia sistémica, con una duración de seis meses (Marta Ximena León, Cruz, Rojas y Bernal, 2019, p. 55).

1.4.2.3 Relajación. Las técnicas de relajación pueden reducir la tensión muscular y la excitación emocional o incrementar la tolerancia al dolor. En contraste, la acupuntura y la medicina alternativa han dado resultados óptimos como alternativa para aliviar el dolor. Goldman N., et. al. (2010) en su artículo explica el mecanismo de acción de la acupuntura,

ya que mediante un estudio realizado en ratones, demostró que la acupuntura aumenta los niveles de adenosina, un neuromodulador con propiedades antinociceptivas (883-888).

“Actualmente en los estudios clínicos se utiliza el término sham para referirse a la acupuntura placebo y el término verum para referirse a la acupuntura que implica inserción de agujas” (Vélez y Vélez, 2015, p. 287). Ciertos enfoques de tratamiento que se están investigando incluyen estudios de las intervenciones que se enfocan en las emociones, actitudes y comportamiento como método para reducir el dolor persistente y las molestias asociadas con él. Por ejemplo, se está descubriendo un vínculo biológico entre los sistemas cerebrales que juegan un papel en la depresión y la regulación del dolor.

Otros enfoques incluyen examinar el vínculo entre el equilibrio hormonal y el dolor persistente y otras investigaciones sobre las neuropatías (“Información sobre el manejo del dolor”, 2013). Las intervenciones cognitivo - conductistas ayudan a disminuir la percepción de angustia generada por el dolor mediante el desarrollo de habilidades de afrontamiento y modificación de pensamientos, sentimientos y conductas.

1.4.2.4 Acupuntura. Dentro de las terapias complementarias para el manejo del dolor, la acupuntura ocupa un lugar importante en distintas patologías que cursan con dolor, porque tienen un buen nivel de evidencia. Los mecanismos fisiológicos de la analgesia en la acupuntura pueden explicarse de la siguiente manera: el tan sólo hecho de introducir una aguja en algún músculo, provoca la liberación de ATP, péptido relacionado con el gen de la calcitonina y de sustancia P, así como se producen efectos regionales con aumento local del riego sanguíneo y la liberación de endorfinas.

Los estudios neurofisiológicos en animales y humanos demuestran que la acupuntura aumenta el umbral de dolor por la activación del sistema analgésico endógeno, elevando los niveles de ciertos opioides endógenos y/o neurotransmisores como la serotonina (Garrido, R., 2019). El uso de la acupuntura como terapia complementaria para el manejo del dolor crónico requiere obedecer algunas condiciones: tener un diagnóstico de base previo al inicio de la terapia, continuar con el tratamiento farmacológico indicado por su médico tratante, entender que es una terapia coadyuvante en el proceso de curación y en caso de presentar

signos de alarma comunicarse inmediatamente con el médico tratante y/o un especialista (Garrido, R., 2019).

1.5. Calidad de vida relacionada con la salud

Antes de hablar sobre el impacto del dolor en la calidad de vida de las personas es importante definir qué es la calidad de vida y cómo ésta se encuentra relacionada con la salud. Existen distintos modelos de definiciones, en este apartado se mencionará el concepto propuesto por Ferrans en el año 1990, quien define a la calidad de vida como el *“bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella”*. Esta conceptualización involucra una percepción subjetiva de la persona de cómo está viviendo con su alrededor y con todos los factores positivos y negativos que la involucran, sin embargo esta definición no está tan lejos de aproximarse a la planteada por la OMS en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales de los diferentes conceptos.

La OMS define a la calidad de vida como *“la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.”* (1994). Por otra parte, se establecen además una serie de puntos, respecto a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores (The WHOQOL Group, 1995).

Tabla 5

Diagrama del modelo conceptual de la OMS

Calidad de vida					
Percepción Objetiva			Autoreporte Subjetivo		
Dominio físico	Nivel de independencia	Dominio psicológico	Relaciones sociales	Medio ambiente	Espiritualidad, religión, creencias personales

Nota. Urzúa M. J. y Caqueo - Urizar. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto.

Sociedad Chilena de Psicología Clínica; Vol. 30:1 pp. 61-71.

Si bien el término de calidad de vida está presente desde los tiempos de Aristóteles, su concepto dentro del campo de la salud es reciente y ha sido uno de los mayores temas de

discusión y estudios en el siglo XXI ya que no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual definitiva.

Patrick y Erickson la definen como: *“la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud”* (1993).

En este contexto, poder medir la calidad de vida en los pacientes que aquejan enfermedades y/ o dolor es de vital importancia sobre todo en la atención primaria de salud, dado que permite facilitar la elección de estrategias terapéuticas con el fin de realizar intervenciones en salud pública, ya que la evaluación y medición podría contribuir a la optimización del uso de recursos y, sobre todo, a sensibilizar a los profesionales de la salud en la atención no sólo de la enfermedad como tal, sino en determinar la manera en cómo ésta afecta la vida diaria de los pacientes.

Por tal motivo, se han desarrollado varios instrumentos para la evaluación de la calidad de vida, estas herramientas pueden ser genéricas o específicas.

Las escalas genéricas propuestas por la OMS son: World Health Organization Quality of Life-100 (WHOQOL-100) y WHOQOL-Bref, los cuales pueden ser utilizados en investigaciones epidemiológicas en cualquier tipo de persona, con cualquier enfermedad.

La herramienta WHOQOL-Bref consta de 26 ítems, que miden los siguientes dominios generales: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Se trata de una versión más corta del instrumento original que permite determinar variables multidimensionales que indican la percepción del bienestar de los pacientes. (Pedrosa DFA et. al, 2011).

En cambio, las escalas específicas se utilizan en pacientes que sufren una enfermedad en concreto y son auto-administradas o administradas por un entrevistador.

Un ejemplo es el McGill Pain Questionnaire, basado en que la percepción del dolor es multidimensional: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. Este cuestionario ha sido adaptado al español y hay diferentes traducciones (Ferrer, s.f.).

Sin embargo, hay que tener presente que así como estas escalas validadas aportan información importante respecto a la calidad de vida, no son suficientes ya que dependen mucho del diseño del cuestionario, de la población objetivo del estudio y del sesgo, experiencia e interpretación que realiza el entrevistador.

1.5.1. Impacto del dolor en la vida diaria

Ferrer, (s.f.) menciona que *“Los análisis de la calidad de vida relacionada con la salud miden el impacto del tratamiento y del proceso de la enfermedad en los aspectos holísticos de la vida de la persona”*. Esto quiere decir que los síntomas combinados de los factores biológicos y psicosociales están asociados con reducciones medibles de la calidad de vida de los pacientes y la limitación de la función física, laboral y social.

El dolor, como ya se mencionó antes, es uno de los principales motivos de consulta por el que acuden los pacientes a los hospitales, y gran porcentaje de ello interfiere con sus actividades de la vida diaria y por esta razón su relación con ellos mismos y el entorno no es satisfactoria. Tal es el caso del estudio CAVIDOL, que fue realizado para comprobar si existen diferencias en la calidad de vida de las personas que consultan por cuadros dolorosos respecto a las que consultan por otras patologías en atención primaria.

Se demostró mediante el cuestionario SF-36 que las personas que consultan por procesos dolorosos tienen su calidad de vida más deteriorada que las que consultan por otro tipo de procesos y que el dolor crónico menoscaba la calidad de vida de una manera más amplia que el agudo, ya que no solo afecta la función física y corporal, sino que están involucradas todas las dimensiones analizadas en el concepto de calidad de vida (López S, et. al. 2007).

Las personas con dolor crónico están a menudo, desalentadas y con restricción en la capacidad para realizar las actividades cotidianas. El dolor se vuelve el eje de su vida, lo que les impide disfrutar de las actividades sociales e incluso pueden llegar a perder la esperanza y el interés por su autocuidado.

Por otro lado, el impacto del dolor en la vida diaria de los pacientes depende del control y tratamiento analgésico, tanto en la consulta externa como en hospitalización. Estudios a

nivel mundial han registrado una prevalencia del 30 - 70% del dolor moderado a severo en pacientes hospitalizados, como consecuencia del inadecuado control durante la estancia hospitalaria, dando como resultado alteraciones en el paciente a nivel fisiológico, que incrementan la morbilidad, retrasan la recuperación y alargan el tiempo de hospitalización.

Se ha demostrado que el dolor en estos pacientes aumenta la posibilidad de depresión y ansiedad durante la hospitalización, afectando negativamente la calidad de vida (Erazo, M., et. al, 2015).

Por los motivos expuestos, es fundamental que el personal de salud se encamine a disminuir la intensidad del dolor y mejorar el tratamiento para reducir el impacto negativo de un mal control analgésico en la calidad de vida de los pacientes.

Capítulo dos

Diseño metodológico

2.1. Diseño de la investigación

La presente investigación está diseñada con el método científico, tiene un enfoque cuantitativo, porque se realizaron mediciones respecto a la frecuencia y el tipo de dolor que más aquejan las pacientes; así como se investigó el tratamiento utilizado y el nivel de afectación en la vida diaria, a través de la escala para luego presentarlo en tabla de frecuencias.

Es un estudio descriptivo - transversal, porque describió la magnitud del problema durante los meses de julio 2019 a febrero 2020, además, permitió medir las variables que definieron el estudio (frecuencia del dolor, tipo de dolor, tratamiento e impacto en la vida diaria), proporcionando datos para futuros estudios investigativos respecto al tema.

2.2. Universo

La población elegida fueron las pacientes que acudieron a Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el período julio - 2019 hasta febrero 2020.

2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Para su ejecución se establecieron criterios de inclusión y exclusión, los mismos que se detallan a continuación:

2.3.1. *Criterios de inclusión.*

- Pacientes de 18 a 65 años hospitalizadas en el Servicio de Ginecología.
- Pacientes de 18 a 65 años, que acudan a Consulta Externa en el Servicio de Ginecología.
- Pacientes que deseen responder voluntariamente el cuestionario.
- Pacientes con nivel de conciencia que permita la realización del cuestionario.

2.3.2. *Criterios de exclusión.*

- Pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años de edad.
- Pacientes que no deseen responder el cuestionario.

- Pacientes del Área Obstétrica.
- Pacientes con enfermedad neurológica o psiquiátrica, que hiciera dudar de la fiabilidad de las respuestas.

2.4. Tipo de muestreo

La técnica utilizada es el muestreo no probabilístico, porque las pacientes que se incluyeron en el estudio, fueron aquellas que desearon responder voluntariamente el cuestionario, así como del número de pacientes que acudían al servicio de Ginecología del hospital ya mencionado.

2.5. Método e instrumento

Para la recolección de la información se empleó un cuestionario de la FEDELAT, el mismo que fue modificado por la investigadora, con la finalidad de recopilar la información de interés y adaptarla al estudio, para obtener los datos que son objeto de este trabajo. (*Ver Apéndice 1*).

Este cuestionario originalmente consta de 22 preguntas, de las cuales se suprimieron 2, quedando un total de 20, las cuales están distribuidas en el siguiente orden, para fines explicativos:

- **Primer Apartado:** (Datos personales) incluye el encabezado, identificación y nombre del investigador, un breve consentimiento informado, el género del paciente y la edad.
- **Segundo Apartado:** (Evaluación del dolor) se incluyen todas las preguntas relacionadas con dolor: si sufre de algún tipo de dolor, la duración, ocupación, causa, frecuencia, intensidad, localización, características, atenuantes y agravantes. En esta sección se detalló, en la pregunta 10 del cuestionario modificado, la explicación respecto a cuándo se considera dolor leve, cuándo es moderado y cuándo es severo, de acuerdo a la escala visual análoga de intensidad. En la pregunta 11 se reemplazó el cuadro de localización del dolor que consta en el cuestionario original por un dibujo del cuerpo humano, con fines didácticos. En la pregunta 12, se clasificó al dolor neuropático y nociceptivo de acuerdo a las características que se detallan en la encuesta, usando las 10 primeras subpreguntas para dolor neuropático

y la última subpregunta: “¿*El dolor aumenta al realizar presión sobre el sitio del dolor?*” para clasificar el dolor nociceptivo en conjunto con la pregunta 10.

- **Tercer Apartado:** (Tratamiento del dolor) incluye las preguntas relacionadas con el tratamiento del dolor, como el tipo de tratamiento, nombre del medicamento, prescriptor, especialidad del médico tratante del dolor y la respuesta al tratamiento.

- **Cuarto Apartado:** (Impacto en la vida diaria) consta de preguntas acerca de cómo afecta el dolor en la vida diaria, tales como si afecta o no le afecta en absoluto o si le afecta enormemente, el nivel de afectación de acuerdo a sus actividades o si ha estado incapacitado por causa del dolor y cuántos días.

2.6. Procedimiento

Esta investigación se llevó a cabo de la siguiente manera:

Primero, se elaboró el proyecto de investigación, en el que se planteó el tema, el problema, la pregunta de investigación y los objetivos que se pretendieron lograr, además se incluyó la operacionalización de variables, la misma que se adjunta en los anexos. (*Ver Apéndice 2*). Este proyecto fue orientado por las docentes y aprobado por las autoridades pertinentes de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Luego de la aprobación del proyecto se solicitó autorización al director médico del Hospital General Isidro Ayora para poder llevar a cabo esta investigación (*Ver Apéndice 3*). Al mismo tiempo que se revisó el cuestionario de la FEDELAT, quien previamente dio autorización para su uso.

Seguido de eso, se empezó a recolectar la información en el Área de Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora. Cabe mencionar que pese a ciertos inconvenientes que surgieron durante este período de trabajo, como el retraso de la autorización por parte del Hospital, se empezó a recolectar la información unos meses tarde, por lo que los datos de ese periodo fueron recolectados mediante llamadas telefónicas a las pacientes que se registraron como atendidas por el servicio durante esas fechas, esto se logró con la colaboración de compañeros internos de la rotación, quienes facilitaron el acceso a los números telefónicos; es importante recalcar que

las encuestas fueron anónimas y previo el consentimiento de las pacientes. Para obtener dicho consentimiento, se explicó el propósito de este trabajo investigativo.

La tabulación de datos se realizó en programa Microsoft Excel y para el análisis estadístico se utilizó el Sistema IBM SPSS 22, el cual arrojó los resultados de la presente investigación mediante gráficas y tablas estadísticas, que fueron la base para posteriormente realizar el análisis de cada uno de los resultados obtenidos en base a los objetivos planteados de esta investigación.

Por último, se elaboró el informe final del trabajo de investigación con las respectivas conclusiones, limitaciones que aparecieron en el proceso y las recomendaciones.

2.7. Consideraciones éticas

- Todo proceso de investigación implica la búsqueda de la verdad científica con fines de aportar al conocimiento, no es, ni puede ser, la satisfacción de la necesidad de indagar la vida íntima de los investigados, cuyo derecho a que se respete su dignidad es inviolable.

- Los datos suministrados por la autora han sido manejados con fines exclusivamente inherentes a la investigación.

- La investigación obtenida no es atribuible a persona alguna en particular, sino al universo investigado en general, sin identificaciones individuales.

- Como investigadora de este proceso, se guardará el sigilo que corresponde, considerando que es deber y derecho irrenunciable de los investigadores.

- Se hará referencia a todos los aportes científicos e investigativos que se ha consultado, respetando todos los derechos de autor y aplicando las normas APA.

- Se es consciente del deber de gratitud para quienes constituyen el universo de investigación, porque nadie tiene la obligación de colaborar, por muy nobles que sean los fines.

- Finalmente, es importante destacar que se realizó el consentimiento informado de manera verbal a cada participante, manteniendo su identidad de manera anónima y, de acuerdo a las preferencias de las participantes, se les explicó que esta investigación no

conlleva riesgos que puedan afectar su dignidad e integridad y que la información obtenida será con fines académicos y científicos, mas no con fines de divulgación. (Ver Apéndice 4)

2.8. Plan de análisis

El análisis se llevó a cabo con el programa estadístico IBM SPSS 22. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables y se utilizó tablas cruzadas según las condiciones de aplicación. Se revisó y se corrigió la presencia de “valores perdidos” para poder obtener resultados completos y válidos. Previo a este proceso, se depuró la base de datos obtenida de las encuestas, con la finalidad de analizar únicamente las variables que se plantearon para este estudio.

2.9. Limitaciones

Debido a la falta de disponibilidad de estudios similares previos, no se realizó el cálculo del tamaño de la muestra, por lo que el universo fue todas las mujeres entre 18 y 65 años que acudieron a Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, en el período julio 2019 - febrero 2020, que consultaron por patología ginecológica y solamente se incluyó a las que voluntariamente quisieron responder el cuestionario, quedando excluidas aquellas que no desearon responderlo y que probablemente pudieron haber tenido dolor.

Capítulo tres

Resultados e interpretaciones

3.1. Tablas

Por cuestiones estéticas, con el motivo de que las tablas que quedan ubicadas al final de la página no se corten en su contenido, se ha procedido a iniciar cada objetivo en la siguiente página, con la finalidad de que el contenido de las tablas se mantenga en una sola página.

Tabla 6

Edad y área de hospitalización

Edad y área de hospitalización					
		Paciente Hospitalizado	Paciente en Consulta Externa	Total	
¿Cuál es su edad?	18 a 29	Número	3	5	8
		Porcentaje	3,2%	5,3%	8,4%
	30 a 39	Número	10	25	35
		Porcentaje	10,5%	26,3%	36,8%
	40 a 49	Número	11	18	29
		Porcentaje	11,6%	18,9%	30,5%
	50 a 59	Número	7	11	18
		Porcentaje	7,4%	11,6%	18,9%
	60 a 65	Número	1	4	5
		Porcentaje	1,1%	4,2%	5,3%
	Total	Número	32	63	95
		Porcentaje	33,7%	66,3%	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: Como se evidencia en la presente tabla, el total de la población estudiada fue conformada por 95 pacientes de sexo femenino, de las cuales el 33,7% estuvo hospitalizada y el 66,3% acudió a Consulta Externa, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados. De ellas, el rango de edad que más predominó fue entre 30 a 39 años.

3.1.1. Objetivo Nro. 1: Establecer la frecuencia del dolor en pacientes atendidos en Consulta Externa y Hospitalización en el Servicio de Ginecología del HIAL.

Tabla 7

Frecuencia del dolor según el área de atención

		Frecuencia del dolor según el Área de Atención					
		ÁREA				Total	
		Consulta Externa		Hospitalización			
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Frecuencia del dolor	1-2 veces/semana	31	32,6%	15	15,8%	46	48,4%
	2-4 veces/semana	20	21,1%	8	8,4%	28	29,5%
	4-6 veces/semana	9	9,5%	7	7,4%	16	16,8%
	A diario	3	3,2%	2	2,1%	5	5,3%
Total		63	66,3%	32	33,7%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: De las pacientes que solicitan atención por patología ginecológica, el 66,3% lo hace a través de Consulta Externa.

El dolor se presenta mayormente de 1 a 2 semanas con el 48,4%, independientemente del área en que han sido atendidas. Sin embargo, el área en que más frecuentemente predomina el dolor es Consulta Externa, que representa el 32,6%, en el área de Hospitalización se presenta en el 15,8%. Con estos resultados se entiende que en el servicio de hospitalización el dolor se presenta menos a diferencia de las pacientes ambulatorias, probablemente tenga que ver con el manejo y la atención dada en cuanto al dolor.

Mientras tanto, solo el 5,3 % de las encuestadas manifiesta tener un dolor a diario, 3,2% en consulta externa y 2,1% de las hospitalizadas.

De las pacientes encuestadas, el 48,4% sufre dolor de 1 a 2 veces por semana, independientemente del área en que ha sido atendida, predominando el dolor en el servicio de Consulta Externa, que representa el 66,3%.

3.1.2. Objetivo Nro. 2: Identificar el tipo de dolor más frecuente en el Servicio de Ginecología.

Tabla 8

Tipo de dolor en el servicio de Ginecología según su temporalidad

		Tipo de dolor en el Servicio de Ginecología según su temporalidad y el área de atención					
		ÁREA					
		Consulta Externa		Hospitalización		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Tiempo que está padeciendo el dolor	Agudo	39	41,1%	17	17,9%	56	58,9%
	Crónico	24	25,3%	15	15,8%	39	41,1%
	Total	63	66,3%	32	33,7%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: El dolor agudo es más frecuente que el crónico, ya que representa el 58,9% en comparación con éste, que es el 41,1% del total de pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología. El dolor agudo predomina en Consulta Externa, siendo el 41,1%, en contraste con el crónico, que es sólo el 25,3%. En Hospitalización, también predomina el dolor agudo con 17,9%, a diferencia del crónico, que representa el 15, 8%.

Tabla 9

Clasificación del dolor agudo y crónico según su localización

		Clasificación del dolor agudo y crónico según su localización					
		Localización del dolor					
		Abdominopélvico		Abdominopélvico y otro		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Tiempo que está padeciendo el dolor	Agudo	50	52,6%	6	6,3%	56	58,9%
	Crónico	32	33,7%	7	7,4%	39	41,1%
	Total	82	86,3%	13	13,7%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: El dolor abdominopélvico agudo representa el 52,6% a diferencia del dolor abdominopélvico crónico que es el 33,7%. Las pacientes que presentan dolor abdominopélvico simultáneamente con dolor en otra parte del cuerpo es el 13,7%.

Tabla 10

Tipo de dolor en el Servicio de Ginecología según su intensidad

Tipo de dolor en el Servicio de Ginecología según su intensidad y el área de atención							
		ÁREA					
		Consulta Externa		Hospitalización		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Dolor según escala EVA	Leve	44	46,3%	1	1,1%	45	47,4%
	Moderado	19	20,0%	27	28,4%	46	48,4%
	Severo	0	0,0%	4	4,2%	4	4,2%
Total		63	66,3%	32	33,7%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: En consulta externa el dolor leve representa el 46,3%; el dolor moderado se presenta en el 20% y no se reporta cifras de dolor severo. En hospitalización el dolor leve aparece en 1,1%, el moderado representa el 28,4%, mientras que el severo se presenta en el 4,2%.

Tabla 11

Tipo de dolor en el Servicio de Ginecología según su mecanismo fisiopatológico

Tipo de dolor en el Servicio de Ginecología según su mecanismo fisiopatológico y el área de atención							
		ÁREA					
		Consulta Externa		Hospitalización		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Tipo de dolor	Nociceptivo	60	63,1%	32	33,7%	92	96,8%
	Neuropático	3	3,2%	0	0,0%	3	3,2%
Total		63	66,3%	32	33,7%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: En consulta externa el dolor nociceptivo es el más representativo con un porcentaje del 63,2%; mientras que en hospitalización el dolor nociceptivo se presenta en el 33,7% de las pacientes encuestadas. En consulta externa el dolor neuropático solamente representa el 3,1% de las pacientes encuestadas, no se reportan cifras de dolor neuropático en el área de hospitalización.

3.1.3. Objetivo Nro. 3: Analizar el tratamiento utilizado de acuerdo al tipo de dolor en Consulta Externa y Hospitalización en pacientes del Servicio de Ginecología.

Tabla 12

Tratamiento del dolor utilizado en el Servicio de Ginecología

Tratamiento del dolor utilizado en el Servicio de Ginecología							
		ÁREA					
		Consulta Externa		Hospitalización		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
	Bloqueos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Tratamiento que recibe para el dolor	Medicamentos	40	42,1%	31	32,6%	71	74,7%
	Terapia	3	3,2%	0	0,0%	3	3,2%
	Ninguno	18	18,9%	1	1,1%	19	20,0%
	Otras	2	2,1%	0	0,0%	2	2,1%
Total		63	66,3%	32	37,7%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: El tratamiento más utilizado es el farmacológico, que representa el 74,7% del total. El 20% de las pacientes no tienen tratamiento, el 3,2% reciben terapia y el 2,1 % recibe otro tipo de tratamiento. En Consulta Externa, el 42,1% se trata con medicamentos; 18,9% no tiene tratamiento, 3,2% recibe terapia y solo 2,1% tiene otra forma de tratamiento como acupuntura, fisioterapia, relajación, etc. En comparación con las de Hospitalización, todas reciben tratamiento farmacológico (medicamentos), representando el 32,6% y solo el 1,1% refiere no haber recibido tratamiento para el dolor. Las encuestadas no reciben terapia con bloqueo.

Tabla 13

Tratamiento farmacológico del dolor utilizado en cada área del Servicio de Ginecología

Tratamiento farmacológico del dolor utilizado en cada área del Servicio de Ginecología							
		ÁREA					
		Consulta externa		Hospitalización		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Medicamentos o terapia	AINEs	40	42,1%	3	3,2%	43	45,3%
	Opioides débiles	0	0,0%	28	29,5%	28	29,5%
	Otros coadyuvantes	5	5,3%	0	0,0%	5	5,3%
	Ninguno	18	18,9%	1	1,1%	19	20,0%
Total		63	66,3%	32	37,7%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: En Consulta Externa, el 42,1% recibe AINEs, el 18,9 % refiere no tener tratamiento para el dolor y solo el 5,3% menciona recibir otro tratamiento como coadyuvante para el manejo del dolor. En Hospitalización, el 3,2% recibe AINEs; los opiodes débiles son lo predominante en esta área, que representa el 29,5%, y solo el 1,1% refiere no tener tratamiento.

Tabla 14

Tratamiento farmacológico utilizado de acuerdo al tipo de dolor agudo y crónico

Tratamiento farmacológico utilizado de acuerdo al tipo de dolor agudo y crónico							
		TIPO DE DOLOR					
		Dolor agudo		Dolor crónico		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Medicamentos o terapia	AINEs	25	26,3%	18	18,9%	43	45,3%
	Opioides débiles	14	14,7%	14	14,7%	28	29,5%
	Otros coadyuvantes	3	3,2%	2	2,1%	5	5,3%
	Ninguno	14	14,7%	5	5,3%	19	20,0%
Total		56	58,9%	39	41,1%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: Para el manejo del dolor agudo, el 26,3% usa AINEs; el 14,7% opioides débiles; el 3,2% utilizan otros coadyuvantes y el 14,7% refieren no tener tratamiento farmacológico. Para el manejo del dolor crónico, el 18,9% usa AINEs; el 14,7% opioides débiles; el 2,1% otros coadyuvantes y el 5,3% refieren no tener tratamiento farmacológico para el dolor.

Tabla 15

Tratamiento farmacológico utilizado de acuerdo al tipo de dolor según su intensidad

Tratamiento farmacológico utilizado de acuerdo al tipo de dolor según su intensidad.							
		TIPO DE DOLOR					
		Dolor leve		Dolor moderado		Dolor severo	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Medicamentos o terapia	AINEs	33	34,7%	9	9,5%	1	1,1%
	Opioides débiles	0	0,0%	25	26,3%	3	3,2%
	Otros coadyuvantes	2	2,1%	3	3,2%	0	0,0%
	Ninguno	10	10,5%	9	9,5%	0	0,0%
Total		45	47,3%	46	48,4%	4	4,3%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: Los AINEs se usan en el 34,7% para el manejo del dolor leve; el 2,1% reporta uso de otros coadyuvantes y el 10,5% no usa tratamiento farmacológico para el dolor leve.

En el dolor moderado, se reporta los AINEs en el 9,5%, pero los opioides débiles se usan mayoritariamente 26,3%; sin embargo, los coadyuvantes son usados en el 3,2% de los casos y el 9,5% de los casos refiere no ser tratado farmacológicamente.

Para el manejo del dolor severo se reporta que el 3,2% es con opioides débiles y solo en el 1,1% de los casos usan AINEs.

Tabla 16

Tratamiento farmacológico utilizado de acuerdo al tipo de dolor según su mecanismo fisiopatológico

Tratamiento farmacológico utilizado de acuerdo al tipo de dolor según su mecanismo fisiopatológico.							
		TIPO DE DOLOR					
		Dolor nociceptivo		Dolor neuropático		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Medicamentos o terapia	AINEs	42	44,2%	1	1,1%	43	45,3%
	Opioides débiles	28	29,5%	0	0,0%	28	29,5%
	Otros coadyuvantes	5	5,3%	0	0,0%	5	5,3%
	Ninguno	17	17,9%	2	2,1%	19	20,0%
Total		92	96,8%	3	3,2%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: El dolor nociceptivo es tratado con AINEs en el 44,2%, con opioides débiles en el 29,5%, usan otros coadyuvantes en el 5,3% y el 17,9% manifiesta no tener tratamiento farmacológico.

En cambio, en el dolor neuropático solo se reporta que el 1,1% de las pacientes usa AINEs y el 2,1% reporta no recibir tratamiento farmacológico.

3.1.4. Objetivo Nro. 4: Determinar el impacto del dolor en la vida diaria de las pacientes.

Tabla 17

¿El dolor interfiere con el propio cuidado?

		Nivel de afectación del dolor en el propio cuidado					
		Afectación del dolor a la vida diaria					
		Sí		No		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Propio cuidado	No afecta	35	36,8%	44	46,3%	79	83,2%
	Afecta moderadamente	15	15,8%	1	1,1%	16	16,8%
Total		50	52,6%	45	47,4%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: Del 52,6% de las pacientes que refieren afectación del dolor en la vida diaria, en el 36,8% no interfiere con el propio cuidado y sólo en el 15,8% interfiere con el propio cuidado, de manera moderada. Del 47,4% de las pacientes que refieren que el dolor no afecta a la vida diaria, se explica que en el 46,3% no interfiere con su propio cuidado y solo en el 1,1% afecta moderadamente, únicamente cuando se presenta el dolor.

Tabla 18

¿El dolor interfiere al caminar?

		Nivel de afectación del dolor al caminar					
		Afectación del dolor a la vida diaria					
		Sí		No		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Interfiere al caminar	No afecta	35	36,8%	45	47,4%	80	84,2%
	Afecta moderadamente	15	15,8%	0	0,0%	15	15,8%
Total		50	52,6%	45	47,4%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: Como se indica en la tabla, del 52,6% de las pacientes que refieren afectación del dolor en la vida diaria, en el 36,8% no interfiere al caminar y sólo en el 15,8% interfiere al caminar, de manera moderada. Del 47,4% de las pacientes que refieren que el dolor no afecta a la vida diaria, mencionan que el dolor tampoco interfiere al caminar.

Tabla 19*¿El dolor interfiere con el trabajo?*

		Nivel de afectación del dolor con el trabajo					
		Afectación del dolor a la vida diaria					
		Sí		No		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Interfiere con el trabajo	No afecta	34	35,8%	45	47,4%	79	83,2%
	Afecta moderadamente	15	15,8%	0	0,0%	15	15,8%
	Afecta severamente	1	1,1%	0	0,0%	1	1,1%
	Total	50	52,6%	45	47,4%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: Como se muestra en la tabla, del 52,6% de las pacientes que refieren afectación del dolor en la vida diaria, en el 35,8% no interfiere con el trabajo, en el 15,8% afecta moderadamente y solo en el 1,1% afecta severamente. Del 47,4% de las pacientes que refieren que el dolor no afecta a la vida diaria, explican que tampoco interfiere con el trabajo.

Tabla 20*¿El dolor afecta la vida social?*

		Nivel de afectación del dolor en la vida social					
		Afectación del dolor a la vida diaria					
		Sí		No		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Afecta la vida social	No afecta	37	38,9%	44	46,3%	81	85,3%
	Afecta moderadamente	13	13,7%	1	1,1%	14	14,7%
	Total	50	52,6%	45	47,4%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: Como se evidencia en la tabla, del 52,6% de las pacientes que refieren afectación del dolor en la vida diaria, en el 38,9% no afecta la vida social, y solo en el 13,7% afecta moderadamente. Del 47,4% de las pacientes que refieren que el dolor no afecta a la vida diaria, explican que en el 46,3% no afecta a la vida social y solo el 1,1% menciona que su dolor interfiere en la vida social, cuando éste aparece, lo cual es una clara muestra de que el dolor no afecta significativamente en la vida social de las personas que lo padecen.

Tabla 21*¿El dolor afecta emocionalmente?*

		Nivel de afectación del dolor en lo emocional					
		Afectación del dolor a la vida diaria					
		Sí		No		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Me irrita y me afecta emocionalmente	No afecta	35	36,8%	41	43,2%	76	80,0%
	Afecta moderadamente	11	11,6%	3	3,2%	14	14,7%
	Afecta severamente	4	4,2%	1	1,1%	5	5,3%
Total		50	52,6%	45	47,4%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: Como se indica en la tabla, del 52,6% de las pacientes que refieren afectación del dolor en la vida diaria, al 36,8% no le afecta emocionalmente, en el 11,6% afecta moderadamente y solo en el 4,2% el dolor le afecta severamente. Del 47,4% de las pacientes que refieren que el dolor no afecta a la vida diaria, explican que en el 43,2% no le afecta emocionalmente, en el 3,2% le afecta moderadamente y sólo en el 1,1% afecta severamente cuando el dolor aparece.

Tabla 22*¿El dolor interfiere en la vida sexual?*

		Nivel de afectación del dolor en la vida sexual					
		Afectación del dolor a la vida diaria					
		Sí		No		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Afecta su vida sexual	No afecta	35	36,8%	42	44,2%	77	81,1%
	Afecta moderadamente	15	15,8%	3	3,2%	18	18,9%
Total		50	52,6%	45	47,4%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: Como se muestra en la tabla, del 52,6% de las pacientes que refieren afectación del dolor en la vida diaria, en el 36,8% no afecta a su vida sexual y en el 15,8% sí afecta moderadamente a su vida sexual. Del 47,4% de las pacientes que refieren que el dolor no

afecta a la vida diaria, explican que en el 44,2% no afecta a su vida sexual y en el 3,2% afecta moderadamente sólo cuando el dolor aparece.

Tabla 23

¿El dolor afecta el sueño?

		Nivel de afectación del dolor en el sueño					
		Afectación del dolor a la vida diaria					
		Sí		No		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Interrumpe el sueño	No afecta	35	36,8%	40	42,1%	75	78,9%
	Afecta moderadamente	9	9,5%	4	4,2%	13	13,7%
	Afecta severamente	6	6,3%	1	1,1%	7	7,4%
Total		50	52,6%	45	47,4%	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: Del 52,6% de las pacientes que refieren afectación del dolor en la vida diaria, en el 36,8% no interrumpe el sueño, en el 9,5% interfiere moderadamente y en el 6,3% interfiere severamente. Del 47,4% de las pacientes que refieren que el dolor no afecta a la vida diaria, en el 42,1% no interrumpe el sueño, en el 4,2% interfiere moderadamente sólo cuando el dolor aparece y, sólo en el 1,1%, interfiere severamente cuando el dolor está presente.

Tabla 24

Incapacidad por el dolor en el Servicio de Ginecología

Incapacidad por el dolor en el Servicio de Ginecología		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	20	21,1%
No	75	78,9%
Total	95	100,0%

Nota. Base de datos de las encuestas aplicadas (cuestionario modificado de la FEDELAT) a pacientes en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del HIAL, 2019.

Interpretación: El 78,9% de las pacientes encuestadas, refieren no estar incapacitadas por el dolor y solo el 21,1% representa la incapacidad por el dolor.

Capítulo cuatro

Discusión

Son escasos los estudios que registran la prevalencia del dolor agudo y crónico en mujeres que consultan por patología ginecológica en consulta externa y en aquellas que están hospitalizadas.

De acuerdo al grupo etario de la población de estudio, las pacientes que sufren afectación por dolor, corresponden al rango de edad de 30 a 39 años, datos similares se reportaron en algunos trabajos algo parecidos, que estudian la frecuencia del dolor pélvico en la consulta ginecológica, uno de ellos es el estudio realizado en el Hospital Gineco - Obstétrico de la Maternidad Isidro Ayora, cuya edad promedio fue de 33,8 años. Así como el elaborado por Carranza et. al., en donde la edad promedio fue de $36,5 \pm 10,5$ años.

En la presente investigación se estudió la frecuencia del dolor en esta población, siendo el 48,4% las pacientes que sufren dolor de 1 a 2 veces por semana, independientemente del área en que ha sido atendida, destacando el Área de Consulta Externa, con el 66,3% de los casos. Según el estudio de Arco (2015), estos porcentajes respaldan fuertemente que se trata de un dolor episódico y no continuo, ya que éste último representa el 5,3%.

Por otro lado, los resultados indican que el dolor en función de su duración más frecuente en las Áreas de Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología mayormente es el dolor agudo, de menos 3 meses de duración, con 58,9%, comparado con el dolor crónico, de más de 3 meses de duración, que también tiene un impacto importante, ya que representa el 41,1%; es importante recalcar que el estudio registró a las pacientes que tenían dolor, pero que éste no era su único motivo de consulta, considerando de esta manera que el dolor crónico es un reto en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, como lo sustentan Kamin, et. al., (2003), y esto puede explicar la menor presencia de dolor crónico en la presente investigación.

No existen con exactitud estudios que evidencien la frecuencia del dolor agudo en general en las pacientes que consultan por patología ginecológica; sin embargo, la literatura estudiada expone que, el dolor pélvico es un motivo de consulta frecuente en el servicio de Ginecología, *“siendo el dolor pélvico agudo una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencia”* (Domínguez, et. al., 2016), mientras que el dolor pélvico crónico, un síndrome de dolor crónico, es común en la Consulta Externa.

En este contexto, son varios los estudios que sustentan lo anteriormente dicho, por ejemplo, en el estudio retrospectivo realizado en el Hospital Carlos Andrade Marín (2004), se reportó una prevalencia del 26,6% del dolor pélvico crónico (DPC); mientras que en el elaborado por Carranza et. al., la frecuencia de DPC fue de 18,6%; en tanto que, si comparamos los resultados obtenidos en este estudio, el dolor abdominopélvico crónico supera el 33,7%. Por otro lado, el dolor abdominopélvico agudo también alcanza un porcentaje significativo en esta investigación, que es del 52,6%.

En cuanto al tipo de dolor según su intensidad (mediante escala EVA), el dolor leve predomina con 46,3% respecto al moderado y severo en el área de consulta externa; mientras que, en hospitalización, el dolor moderado es representativo con un 28,4% en relación con el leve que aparece en 1,1% y el severo que reporta el 4,2%. El estudio de Padrol, A., et al. (2001), reportó resultados similares: el dolor leve fue el más frecuente con 80,7%; moderado 16,1% y severo 3,2%; siendo los pacientes de hospitalización los que presentan niveles más altos de dolor en escala EVA, manteniéndose los niveles de dolor moderado, como en esta investigación.

En relación al tipo de dolor según su mecanismo fisiopatológico, el dolor nociceptivo es el más representativo, tanto en consulta externa como en hospitalización, alcanzando el 96,8% de las pacientes encuestadas. A diferencia del dolor neuropático que sólo se presenta en el 3,2% de las pacientes. Sin embargo, esta minoría de pacientes han sido registradas como aquellas que tienen las características de dolor neuropático, pero que también comparten rasgos de dolor nociceptivo, es decir tienen un “dolor mixto, el cual es una categoría funcional relativamente nueva”, de acuerdo a la literatura. (Pham, P. 2020, p.1350).

En cuanto al tratamiento, el farmacológico predomina con el 74,7%; en orden decreciente y el 20,0% de las pacientes no reciben tratamiento. Al analizar la forma de tratamiento, dependiendo del área de atención, se expone que casi la totalidad de pacientes (32,6%) hospitalizadas reciben tratamiento farmacológico y sólo el 1,1% refiere no recibir medicación, de lo anteriormente expuesto, no existen estudios similares como el que se ha realizado en este trabajo.

Mientras tanto, las que solicitan atención por Consulta Externa, evidencian diferencias en cuanto a la forma de su tratamiento, ya que el 42,1% se trata con medicamentos, pero el 18,9% no recibe tratamiento; además, el 3,2% recibe fisioterapia y relajación; y, solo el 2,1% tiene otra forma de tratamiento. La fisioterapia, aunque no ocupa un porcentaje significativamente alto, está presente, y en contraste con Arranz et. al., en su artículo "Tratamiento del dolor" comentan que, en un estudio realizado en Estados Unidos, en el que se investigó a 250 personas, se descubrió que el 28% utilizaba alguna forma de fisioterapia, por lo que se espera que futuras investigaciones estudien este campo.

Los AINEs son los medicamentos más utilizados en Consulta Externa (42,1%), mientras que los opioides débiles en Hospitalización (29,5%); al parecer, aún se siguen las directrices impartidas por la OMS, en cuanto al manejo de la escalera analgésica del dolor.

En cuanto a las preferencias farmacológicas según el tipo de dolor, se constata que para el dolor agudo y crónico, los medicamentos más usados son los AINEs y los opioides débiles 14,7%; siendo los AINEs los más frecuentemente utilizados en el dolor agudo 26,3%, en contraste con el dolor crónico que usa AINEs en un 18,9%; este uso frecuente de AINEs se explica por sus efectos analgésicos y antipiréticos bien conocidos, además por ser medicamentos de venta libre y recetados, como el acetaminofeno y el ibuprofeno, que son muy utilizados en diferentes patologías ginecológicas, como terapia de primera línea para el dolor (Johnson NP, et al., 2013).

La literatura ha reportado que aproximadamente 30 millones de habitantes usan AINEs diariamente para controlar el dolor agudo o crónico (Vladislavovna, et. al. 2006).

Si se considera el 2° escalón de la escala analgésica de la OMS, los opioides débiles son usados en igual proporción tanto para dolor agudo y crónico, según los resultados de esta investigación. Datos similares se obtienen en el estudio de Padrol, A., et al. (2001), en donde en este escalón el tramadol fue su único representante, aunque con un uso muy limitado; por último, en cuanto a los opiáceos mayores solo hallaron 2 pacientes de 202 del total de su muestra; mientras que el presente estudio ninguna paciente refirió estar en medicación con algún opiáceo mayor.

Las pautas analgésicas del dolor según su intensidad, están relación con lo descrito en la escala analgésica de la OMS, los resultados obtenidos coinciden que, para el dolor leve, los AINEs se usan mayormente 34,7%; en cambio para el moderado los opioides débiles predominan 26,3%; sin embargo, hay que apuntar que, aunque el dolor severo es minoría en este estudio, se reporta que el 3,2% de las pacientes también usan opioides débiles y el 1,1% es asociado con AINEs, contrario a lo propuesto en la escala analgésica, que recomienda el uso de opioides mayores.

Además, se reporta pacientes que no son tratadas farmacológicamente para el dolor leve (10,5%) y dolor moderado (9,5%), con estas cifras se podría pensar en averiguar si existe una subestimación del dolor por parte del profesional de salud y/o hay una sobreestimación por parte de las pacientes y sus familiares, o a cualquier otra causa diferente de las mencionadas.

Coincido con Luisser D. y Beualieu P. (2010) en su artículo titulado: "Toward a rational taxonomy of analgesic drugs" que proponen una nueva clasificación de analgésicos en función de su mecanismo de acción y el efecto esperado. Puesto que un mayor conocimiento del dolor hace posible predecir un tratamiento no solamente de acuerdo a la intensidad, sino que incluya el mecanismo fisiopatológico del dolor. En este apartado hay que apuntar que en el presente estudio el dolor neuropático solo, representa la minoría de las pacientes; siendo el dolor mixto el que está presente en el 3,2%; en este último el 1,1% de los casos refieren tomar AINEs que no son efectivos para este tipo de dolor y el resto no recibe medicación. En cambio, el dolor nociceptivo, es el que predomina con 96,8% y éste a diferencia del anterior,

recibe una pauta analgésica variada, que incluye AINEs (44,2%), opioides débiles (29,5%) los cuales si son efectivos para este tipo de dolor; se reporta también que reciben otros coadyuvantes como antidepresivos o antiepilépticos (5,3%) y el 17,9% no refiere ser tratada farmacológicamente.

La afectación del dolor en la vida diaria se ha constituido en un componente para medir la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes y como una herramienta para dar seguimiento al tratamiento analgésico recibido. En este estudio, el impacto del dolor en la vida diaria se reporta en el 52,6% de los casos, de ellas el 15,8% refiere que el dolor interfiere con el propio cuidado y al caminar de manera moderada, mientras que en el 36,8% no tiene afectación, dato inferior al obtenido en el estudio de las pacientes que tuvieron DPC del Hospital Gineco - Obstétrico de la Maternidad Isidro Ayora, el cual obtuvo el 74,56%.

En cuanto al ámbito laboral, en el 15,8% el dolor interfiere con el trabajo moderadamente y solo en el 1,1% afecta severamente. En contraste, con los datos arrojados en el estudio del Hospital Gineco - Obstétrico Maternidad Isidro Ayora, quienes reportaron una cifra más alta 39,05%. De acuerdo a un estudio epidemiológico del dolor, realizado por la Sociedad Andaluza del Dolor, se describió que el 21,8% estuvo de baja laboral a consecuencia del dolor y, de dichas bajas, el 30,7% es calificada como incapacidad laboral permanente.

En el 13,7% el dolor interfiere con su vida social de manera moderada, a diferencia de los resultados presentados por el estudio del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Isidro Ayora, en el que el 71% de las pacientes vio afectadas sus relaciones socio - familiares a causa del dolor pélvico crónico.

Respecto al impacto del dolor en el ámbito emocional, el 11,6% de las pacientes encuestadas señalan que el dolor interfiere con su estado emocional moderadamente y en el 4,2% afecta severamente. En contraste con los datos procedentes del estudio realizado por Molina, J. et. al. (2013) en pacientes hospitalizados cuyos resultados reflejaron un empeoramiento en cada una de las áreas de la calidad de vida, demostrando que la ansiedad y depresión están presentes cuando el dolor aumenta.

En el 15,8% de las pacientes encuestadas el dolor afecta moderadamente a su vida sexual, cifra relativamente baja en comparación con la obtenida en el estudio de las pacientes con dolor pélvico crónico del Hospital Gineco - Obstétrico Maternidad Isidro Ayora, el cual aportó que el 57,4% evidencia afectación en la vida sexual.

En este último estudio, se encontró que en el 73% de las pacientes tenían limitadas sus actividades preferenciales, una de ellas, la calidad del sueño. En cambio, en esta investigación se reporta que solo en el 9,5% el dolor interrumpe el sueño moderadamente y en el 6,3% afecta severamente.

A pesar de que existen varios instrumentos de evaluación de la discapacidad para el dolor, como lo menciona la literatura, el presente estudio sólo se limitó a interrogar a las pacientes por medio del cuestionario modificado de la FEDELAT, en el sentido de si ha estado incapacitada o no y cuántos días. Los datos que se obtuvieron son los siguientes: el 78,9% de las pacientes encuestadas manifestaron no haber estado incapacitadas por el dolor y solo el 21,1% comenta que en algún momento sí estuvieron incapacitadas como consecuencia del dolor. No hay estudios similares que evidencien la tasa de incapacidad en este tipo de pacientes.

Conclusiones

Dando lugar al cumplimiento de los objetivos del presente estudio, se concluye que: La frecuencia del dolor, tanto en Consulta Externa como en Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora, durante el período julio 2019 - febrero 2020 es episódica, ya que se presenta mayormente entre 1 a 2 veces por semana.

El tipo de dolor más frecuente en el Servicio de Ginecología es el dolor agudo, de tipo pélvico, de intensidad leve-moderado y de tipo nociceptivo, en aquellas mujeres que consultaron por patología ginecológica, sin embargo, el dolor crónico aunque no prevalece, también tiene un impacto importante.

Los AINEs son los medicamentos más utilizados en Consulta Externa, mientras que los opioides débiles en Hospitalización, por lo que se explica que aparentemente se cumplen las directrices establecidas en la Escala Analgésica del Dolor, propuesta por la OMS, aunque se han reportado ciertas insuficiencias. Los pacientes que refieren no recibir tratamiento, probablemente se debe por el desconocimiento de la medicación que reciben, aunque otras variables también son probables, como por ejemplo la común falta de medicamentos básicos en el Sistema Sanitario Nacional.

El impacto del dolor en la vida diaria de las pacientes encuestadas es sustancial, ya que representa la mitad de los casos, mientras que los aspectos estudiados en los que el dolor interfiere moderadamente son: el propio cuidado, el caminar, el trabajo y la vida sexual, los mismos que son calificados con un mayor puntaje; pero, en los que el dolor interfiere gravemente se indican: el estado emocional y la calidad del sueño. Sin embargo, las cifras obtenidas son relativamente bajas, comparadas con estudios algo similares realizados a nivel nacional e internacional, sumado a esto, la tasa de incapacidad por dolor es tan solo del 21,1%, por lo que se concluye que a pesar de que no es una cifra significativa, aún sigue habiendo incapacidad a consecuencia del dolor.

Se ha logrado obtener datos con respecto al dolor en las Áreas de Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, que servirán como base para futuras investigaciones.

Recomendaciones

Se sugiere a la universidad utilizar los resultados de la presente investigación como base para nuevas propuestas investigativas.

Profundizar investigaciones que se centren en el dolor pélvico y el impacto en la vida diaria, ya que en este estudio, el tema central fue abordar el dolor de manera general en las pacientes que consultaron por patología ginecológica, pero a pesar de eso, se logró identificar que el dolor de tipo pélvico estuvo presente.

Se recomienda ampliar estudios que determinen la incidencia del tipo de dolor según su mecanismo fisiopatológico y el manejo analgésico que utilizan.

Incentivar a los médicos para que generen estrategias de diagnóstico, intervención y tratamiento individualizadas para cada paciente, teniendo como base el impacto negativo del dolor en la vida diaria.

Sugerir la capacitación por expertos en cuanto al dolor y su tratamiento a todos los médicos de la localidad, para no subestimar el dolor de los pacientes, especialmente en la población femenina.

Referencias

- Ahangari, A. (2014). Prevalencia del dolor pélvico crónico entre las mujeres: una revisión actualizada. *Biblioteca Nacional de Medicina*, 17(2), 141-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24658485/>
- Arranz Álvarez, A., Tricás Moreno, J., Lucha López, M., Jiménez Lasanta, A., Domínguez Oliván, P. y García Rivas, B. (1999). Tratamiento del dolor. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 2(3), 167-180. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-tratamiento-del-dolor-13010391>
- Anónimo (2012). Escalas de Valoración del dolor. Recuperado el 12/12/2019 de: <https://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>
- Bonilla, P., De Lima, L., Díaz, P., León, M.X. y González, M. (2011). Uso de Opioides en Tratamiento del DOLOR. Manual para Latinoamérica. *Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos*. (1th ed.) Caracas- Venezuela: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/ManualOpioides_0.pdf
- Broseta Rico, E., Budía Alba, A., Burgués Gasió, J y Luján Marco, S. (2016). Capítulo: Analgesia. *Urología Práctica*, (pp. 583-588). Elsevier España, S.L.U.
- Calsina-Berna, A., Moreno Millán, N., González-Barboteo, J.; Sólsóna Díaz, L. y Porta Sales, J. (2011). Prevalencia de dolor como motivo de consulta y su influencia en el sueño: experiencia en un centro de atención primaria. *National Library of Medicine National Institutes of Health*, 43(11), 568-575. DOI: 10.1016/j.aprim.2010.09.006
- Cohen M., Quintner J. y Van Rysewyk S. (2018). Reconsidering the IASP definition of pain. *PAIN Reports*, 3(2), e634. DOI: 10.1097/PR9.0000000000000634.
- Colleau S. M. (2006). Evaluación de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud en su 20º aniversario. *Cancer Press Release*, 19(1), 1-8.

- Comentario General 14. El derecho al más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) CESCR 22” período de sesiones Ginebra, 25 Abril-12 Mayo 2000, párrafo 12.
- Martín-Corrales, C. y Torres-Lacomba, M. (2015). Eficacia de la fisioterapia en el dolor pélvico crónico. Revisión sistemática cualitativa. *Fisioterapia*, 37(4), 185-201 [Internet]. [Acceso en: 24/05/2020]. <https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-avance-resumen-eficacia-fisioterapia-el-dolor-pelvico-S0211563814001709>
- Curtis G. B., Johnson G. H., Clark P., Taylor R., Brown J., O’Callaghan R., Shi M y Lacouture P.G. (1999). Relative potency of controlled-release oxycodone and controlled-release morphine in a postoperative pain model. *EJ Clin Pharmacol. Revista Europa de Farmacología Clínica*, 55(6),425-429. <https://doi.org/10.1007/s002280050651>
- Change Pain Latam. (2013). *Tratamiento del Dolor Crónico*. [Internet]. Recuperado el 24/03/2020 de <https://campus.latamchangepain.com/>
- Darwish M., Kirby M., Robertson P. Jr., Tracewell W. y Jiang J. G. (2007). Absolute and relative bioavailability of fentanyl buccal tablet and oral transmucosal fentanyl citrate. *J. Clin Pharmacol*,47(3), 343-50. DOI:10.1177/0091270006297749.
- De Lille R. (2006). *Introducción: 15 años de Tramadol en México*. En: Lujan M, Jaramillo-Magaña J. Tramadol 15 años en México, 1,1-6.
- Detlef, R. (2018). Definición de dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor: tan válida en 2018 como en 1979, pero necesita notas de pie de página actualizadas regularmente. *PAIN REPORTS*. 3(2), e643. DOI: 10.1097 / PR9.0000000000000643
- Erazo, M.; Pérez, L.; Colmenares, C.; Álvarez, H.; Suárez, I. y Mendivelso, F. (2015). Prevalencia y Caracterización del dolor en pacientes hospitalizados. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 22(6). Madrid: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462015000600005
- Ezcurra, R., Lamberto, N. y Peñas, V. (2009). Dolor abdomino-pélvico en ginecología. *An. Sist. Sanit. Navar.*,32 (1), 49-58.

- Ferrer, (s.f.). Calidad de vida como herramienta de control en las unidades de dolor. V *Congreso de la Sociedad Española del Dolor*. 68-70. Barcelona. [Internet]. [acceso en: 24/05/2020]. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_11_38.pdf
- Garrido, R. (2019) Acupuntura y Dolor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(6) 487-493 [Internet]. [acceso en: 24/05/2020]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/journal/1-s2.0-S071686401930094X?scrollTo=%23hl0000247>
- Geppetti, P. y Benemeni, S. (2009). Tratamiento del dolor con opioides: Lograr la dosis mínima efectiva y mínima de interacción. *Clin Drug Investig*, 29(1), 3-16.
- Goldman N., Chen M., Fujita T., Xu Q., Peng W., Liu W., et al.(2010). Adenosine A1 receptors mediate local anti-nociceptive effects of acupuncture. *Nat Neurosci*,13(7),883-8. DOI: 10.1038 / nn.2562
- González, E. (2020). *González-Merlo Ginecología*. (10th ed.,pp. 193-201.). Eduardo González Bosquet y Jesús González Bosquet.
- Goodman & Gilman (2001). *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. (10th ed). Mac Graw Hill.
- Goodman and Gilman´s (s.f.). *The Pharmacological Basis of Therapeutics*.(11th ed., pp. 547-590.). New York: Mc Graw Hill.
- Gutstein HB y Akil H. (2006). *Opioid Analgesics*, Chap 21. In: Brunton L, Lazo J, Parker.
- Guerrero, A. y Gómez, M. (2014). VIII Estudio Nacional del Dolor 2014. Prevalencia del dolor crónico en Colombia. *Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED)*: <http://fedelat.com/wp-content/uploads/2018/03/139-1.pdf>
- Johnson, NP. Y Hummelshoj L. (2013). Consenso sobre el manejo actual de la endometriosis. *Hum Reprod*, 28(6), 1552-1568. Doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/det050>
- Kamin R. A., Nowicki T., Courtney D. y Powers R. (2003). Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emergency Medics Clinics of North America*, 21, 61-72. DOI: 10.1016 / S0733-8627 (02) 00080-9

- Langley, P., Pérez, C., Margarit, C., Ruiz, D. y Lubián, M. (2011). Pain, health related quality of life and healthcare resource utilization in Spain. *Journal of Medical Economists*, 14 (5), 628-638.
- López-Silva, M. C.; Sánchez de Enciso, M.; Rodríguez-Fernández, M. C.; Vázquez - Seijas, E. (2007). Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 4(1): http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000100003
- Lujan M. y Valenzuela F. (2006). *Farmacología clínica del tramadol*. En: Lujan M., Jaramillo - Magaña J. Tramadol 15 años en México, 2:7-23.
- Lussier D. y Beaulieu P. (2010). Hacia una taxonomía racional de analgésicos. Beaulieu P., Lussier D., Porreca F. y Anthony H. Dickenson. *Farmacología del dolor. IASP Press*, 27-42. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S163654101841700X?scrollTo=%23hl0000866>
- McNicol, E., Horowicz-Mehler, N., Fisk, R., Bennett, K., Gialeli-Goudas, M., Chew, P., et al. (2003). Manejo de los efectos secundarios de los opioides en el dolor relacionado con el cáncer y el dolor crónico no canceroso: una revisión sistemática. *J Pain*, 4(5), 231-56.
- Molina, J. M., Figueroa, J. & Uribe, A. F. (2013). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 55-62. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1.dicv>
- Morales, A. (2016). *Impacto en la calidad de vida de un programa de intervención enfermera en pacientes con dolor crónico no oncológico*. (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga. Facultad de Ciencias de la Salud.
- Muriel y Santos (s.f.) *Tema 8: Fármacos Coanalgésicos y Coadyuvantes*. Máster de Dolor. Obtenido de: <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%208.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *OMS conmemora Día Mundial contra el Dolor*. Naciones Unidas: <https://news.un.org/es/story/2004/10/1043101>

- Padrol, A., Pérez-Esquivá, M., Olona, M., Francesh, A., Tomás, I. y Rull, I. (2001). Estudio de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8(8), 555-561. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2001_08_03.pdf
- Patrick, D. y Erickson P. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press. New York.
- Pedrosa DFA, Pelegrin AKAP, Siqueira HBOM, Silva TCR, Colhado OCG, Sousa FAEF. (2011). Evaluación de la calidad de vida en clientes con dolor crónico isquémico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*,19(1): [6 pantallas]. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_10.pdf
- Pérez I., B. D. (2009). *Eficacia de la Analgesia Multimodal en el Control del Dolor Posoperatorio*.11 (8), 491- 503.
- Pérez - Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR., Pérez JR. (2005). Pain and its treatment over history. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 12: 373-384.
- Pérez Q. (2012) Tratamiento Coadyuvante Analgésico. *Sociedad Española de Oncología Médica*. Obtenido de: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/masmir/pdf/growingUp3/01_Dra_Quionia_Perez.pdf
- Pham, P., Gaspar, M. y Kane, P. (2020). Rehabilitación de la mano y extremidad superior. (7th ed., pp. 1350-1353). Elsevier. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B978032350913800095X?scrollTo=%23hl0000127>
- Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico. *Oncología Radioterápica. Instituto Madrileño de Oncología San Francisco de Asís*, 28(3). Barcelona.
- R.-D. Treede, TS Jensen, JN Campbell, G. Cruccu, JO Dostrovsky, JW Griffin, P. Hansson, R. Hughes, T. Nurmikko, J. Serra. (2008). Dolor Neuropático: Redefinición y un sistema de clasificación para fines clínicos y de investigación. *Neurología*, 70(8), 1630-1635; DOI: 0.1212 / 01.wnl.0000282763.29778.59.

- Rivera, A.; Mora, J.; García, A.; Araujo, D. y Cueto, L. (2016). Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente. *Sociedad Española de Radiología Médica*. 2017, 59(2), 115-127.
- Rodríguez L. P., Valero R., Álvarez A. Masoterapia. Molina A. (1990). *Rehabilitación: Fundamentos, técnicas y aplicación*. Barcelona: Médico Europa.
- Ross FB y Smith MT. (1997). The intrinsic antinociceptive effects of oxycodone appear to be kappa-opioid receptor mediated pain. *Biblioteca Nacional de Medicina*,73(2),151-7. DOI: 10.1016 / s0304-3959 (97) 00093-6.
- Shad S. H. y Hardy J. (2001). Oxycodone: a review of the literature. *Eur J Palliative Care*,8: 93-6.
- Tapia J, Salazar Z, Ferreira L, Orellana M, et al. (2011). Manejo del Dolor Posoperatorio con Morfina en anestesia espinal en cirugía Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca*,33(2):<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/939>
- Torre F., Martín-Corral J., Callejo A., La Torre S., Esteban I., Vallejo R. M^a., Arízaga A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, (2), 83-93: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v15n2/original3.pdf>
- Urzúa M, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Terapia Psicológica*, 30 (1). 61-71: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>.
- Vázquez J. (1991). *El masaje terapéutico*. Madrid: Mandala Ediciones.
- Vladislavovna Doubova, Svetlana y Torres-Arreola, Laura del Pilar y Reyes-Morales, Hortensia (2006). Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos en la terapia del dolor. Orientación para su uso en el primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44 (6), 565-572. [Fecha de consulta 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4577/457745536011>

Apéndice

Apéndice 1: Cuestionario modificado de la FEDELAT.



FEDELAT
Federación Latinoamericana de
Asociaciones para el Estudio del Dolor

PREVALENCIA DEL DOLOR EN LATINOAMÉRICA. CUESTIONARIO DOLOR

PAÍS: ECUADOR- LOJA

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Josselyne Elizabeth Loaiza Romero (Estudiante de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja).

Buenos días, tardes, mi nombre es: Josselyne Loaiza (Estudiante de Medicina UTPL)

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?

SÍ

1
2

 (Continuar)
 NO

2

 (Terminar)

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

2. Género.

Femenino

1
2

 Masculino

2

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)

SÍ

1
2

 (Continuar)
 NO

2

 (Terminar)

5. ¿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

6. ¿Podría indicarme cuál es su ocupación actual?

_____ (respuesta única)

7. ¿Conoce la causa de su dolor, (ó el diagnóstico que hizo su médico)? ¿Cuál es?

8. ¿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

9. Cuando presenta este dolor, ¿cuánto tiempo le dura?

Momentáneo

Pocas horas

Un día

Todo el tiempo

10. 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	

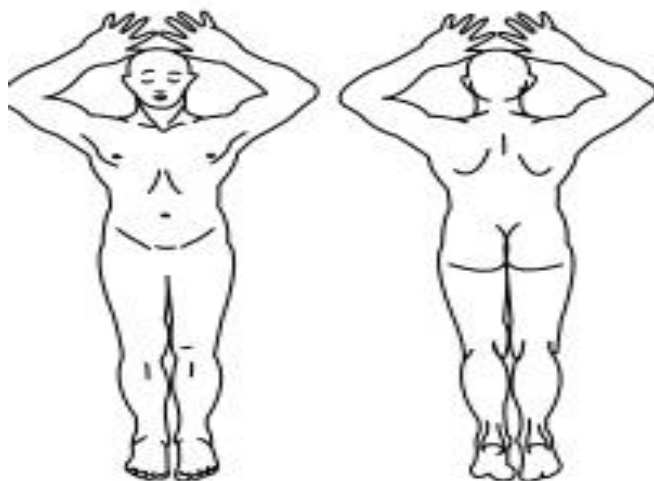
Teniendo en cuenta que según la escala EVA:

Dolor leve: si la valoración es menor de 3

Dolor moderado: si la valoración se sitúa entre 4 y 7

Dolor severo: si la valoración es igual o superior a 8

11. ¿Diga, por favor, donde está localizado su dolor, (El sitio donde empieza el dolor)?



12. Responda SÍ o NO a las siguientes preguntas.

		SÍ	NO
¿Su dolor tiene alguna de las siguientes características?	Sensación de Quemazón		
	Sensación de frio doloroso		
	Descargas eléctricas o corrientazos		
¿Tiene uno o más de los siguientes síntomas en la zona del dolor?	Hormigueo		
	Pinchazo		
	Sensación de alfileres o agujas		
	Picazón		
	Entumecimiento		
Su dolor está localizado en un área donde hay	¿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?		

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

Bloqueos	1
Medicamentos	2
Terapias	3
Nada	4
Otras	5

¿Cuáles?

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

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

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

Ninguna	Poca	Buena	Muy Buena	Excelente

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

17. 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. ¿Qué 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

18. ¿Qué nivel de afectación de sus actividades ha tenido a causa de este padecimiento? (respuesta múltiple)

	NO AFECTA	AFECTA POCO	AFECTACIÓN MODERADA	AFECTACIÓN 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				

19. ¿Ha estado Incapacitado alguna vez por causa de su dolor?

SÍ	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

20. ¿Si su respuesta es si durante cuantos días ha estado incapacitado?

Menos de una semana	<input type="checkbox"/>
Entre 1 semana y un mes	<input type="checkbox"/>
Entre 1 y 6 meses	<input type="checkbox"/>
Entre 6 meses y un año	<input type="checkbox"/>
Más de un año	<input type="checkbox"/>

Nombre del encuestador _____

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN

Apéndice 2: Definición y operacionalización de variables.

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</i>	<i>DIMENSIÓN</i>	<i>SUBDIMENSIÓN</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA</i>
FRECUENCIA DEL DOLOR	La magnitud que mide el número de veces con que se presenta el dolor, se define como frecuencia del dolor.			Número de pacientes que presenten dolor.	Escala numérica. 1-2 veces 2-4 veces 4-6 veces A diario.
	Por aceptación unánime se ha clasificado al dolor de acuerdo a los siguientes criterios.	Por su temporalidad -Dolor agudo -Dolor crónico			Tiempo de persistencia del dolor.
TIPO DE DOLOR	-Por su temporalidad	Por su mecanismo fisiopatológico -Dolor nociceptivo	-Dolor nociceptivo Dolor somático Dolor visceral	Localización del dolor. Intensidad del dolor, escala EVA.	AGUDO: menor a 3 meses. CRONICO: más de 3 meses.
	-Por su mecanismo fisiopatológico	Por su evolución -Dolor continuo	Dolor neuropático -Central -Periférico.	Carácter del dolor. (Opresivo, urente, punzante, cólico,	Leve: 1-3 Moderado: 4-6. Severo: 7-10.
	-Por su curso de evolución.	-Dolor episódico.		pulsátil, dolor a la presión).	

		Tratamiento				
TRATAMIENTO UTILIZADO	Analgésia es la eliminación de la sensación del dolor, mediante el bloqueo de las vías de transmisión del mismo, mediadores o por desconexión de los centros del dolor. Los analgésicos y los opioides son medicamento s que provocan este efecto.	farmacológico -Analgésica racional y balanceada. Uso de la escala analgésica de la OMS. 1er. Escalón: Paracetamol +/- AINES +/- Coadyuvante. 2do Escalón: Opioide débil +/- AINE y/o paracetamol +/- coadyuvante. 3er Escalón: Opioide potente +/- AINES y/o paracetamol +/- coadyuvante. 4to Escalón: Técnica intervencionista	Tratamiento farmacológico -AINES -Paracetamol -Opioides -Coadyuvantes. Tratamiento no farmacológico -Fisioterapia -T. neural -Relajación -Acupuntura -Medicina alternativa.	Grupo farmacológico o y opción no farmacológica usados.	Cualitativa nominal.	
	IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA	"Percepción de individuo de su posición en la	Impacto funcional.	IMPACTO FUNCIONAL: -Interfiere con el propio cuidado	Grado de afectación de las actividades	Escala ordinal numérica y

vida, en		-Insomnio	de la vida	escala
contexto de la		-Afecta a su	diaria:	nominal
cultura y		vida social	-No afecta	
sistema de		-Afecta su vida	-Afecta poco	Días de 1-7.
valores en los		social.	-Afectación	Más de una
que vive y en		-Comorbilidades	moderada	semana.
relación con			-Afectación	Entre una
sus objetivos,	Impacto	IMPACTO	severa	semana y un
expectativas,	afectivo	AFECTIVO:		mes.
estándares, y		Afectación		Entre 1 y 6
preocupacion		emocional:	Tiempo de	meses.
es" (OMS)		Depresión	incapacidad	Entre 6
		Ansiedad		meses y un
				año.
				Más de un
				año.

Apéndice 3: Certificado de aprobación del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.



Oficio N° 024 - CTM - UTPL
Loja, 06 de febrero de 2020

Dr. Alfredo Vera
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Ciudad. -

Estimado Doctor:

La Universidad Técnica Particular de Loja, mediante la Titulación de Medicina le hace llegar un cordial saludo y le desea éxitos en las funciones que desempeña, a la vez le expresa su agradecimiento por la colaboración que presta a los estudiantes en la formación académica y práctica a través de su institución.

En cumplimiento a las actividades académicas, tiene planificado la ejecución del proyecto de investigación **"TIPO DE DOLOR, SU TRATAMIENTO E IMPACTO EN LA VIDA DIARIA DE PACIENTES DE 18 A 65 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA."**

TEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Tipo de dolor, su tratamiento e impacto en la vida diaria de pacientes de 18 a 65 años atendidos en consulta externa y hospitalización del servicio de traumatología del Hospital General Isidro Ayora	Determinar el tipo de dolor más frecuente y su tratamiento en pacientes de 18 a 65 años atendidos en consulta externa y hospitalización del servicio de traumatología del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante el periodo Julio 2019-febrero 2020, mediante el cuestionario FEDELAT modificado para determinar el impacto en la vida diaria de los pacientes	<p>Establecer la frecuencia del dolor en pacientes atendidos en consulta externa y hospitalización en el servicio de traumatología del Hospital General Isidro Ayora</p> <p>o Identificar el tipo de dolor más frecuente en el servicio de traumatología.</p> <p>o Analizar el tratamiento utilizado de acuerdo al tipo de dolor en consulta externa y hospitalización en pacientes del servicio de traumatología.</p> <p>o Determinar el impacto del dolor en la vida diaria de los pacientes.</p>

Con este antecedente, le solicito comedidamente su autorización a quien correspondiera, para que se permita el acceso a la estudiante que se detalla a continuación, para realizar la recolección de datos de los registros e historias clínicas y aplicación de encuestas (anónimas) a las pacientes entre 18 a 65 años atendidas en consulta externa y hospitalización durante el periodo Julio 2019-febrero 2020, con la finalidad que pueda levantar la información necesaria para desarrollar su trabajo de Titulación.

San Cayetano Alto s/n
Loja-Ecuador
Telf.: (093-7) 3 701 444 - ext. 3883
informacion@utpl.edu.ec
Apartado Postal: 11-01-608
www.utpl.edu.ec

Apéndice 4: Consentimiento informado leído.

Consentimiento Informado Leído para Participantes del Estudio

Buenos días/ Buenas tardes.

Mi nombre es Josselyne Elizabeth Loaiza Romero, estudiante del décimo ciclo de la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Con el fin de obtener mi título de Médico actualmente me encuentro realizando el Trabajo de Fin de Titulación con el tema: "Tipo de dolor, su tratamiento e impacto en la vida diaria de pacientes de 18 a 65 años atendidos en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora".

Por tal motivo ruego a usted responda algunas preguntas del siguiente cuestionario de la FEDELAT modificado que proporcionará la información necesaria para: establecer la frecuencia del dolor en el servicio de Ginecología, identificar el tipo de dolor que más prevalece, analizar el tratamiento utilizado y el impacto que el dolor tiene en la vida diaria.

Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Le recuerdo que su participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista, serán anónimas.

Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse cuando usted lo desee. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérmelo saber o simplemente no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

- **¿Acepta responder el siguiente cuestionario?**
 - Sí, acepto
 - No acepto.