



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ”

UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE

**EVALUACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN PACIENTES CON
PATOLOGIA DE HOMBRO QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

MEDICO ESPECIALISTA EN

MEDICINA DE REHABILITACIÓN

P R E S E N T A

DRA. GEMA IRAZÚ VÁZQUEZ OJEDA



MÉXICO, D. F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“EVALUACION DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN PACIENTES CON
PATOLOGIA DE HOMBRO QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE MEDICINA
FISICA Y REHABILITACION REGION NORTE”**

PRESENTA

DRA. GEMA IRAZÚ VÁZQUEZ OJEDA

Médico Residente de la Especialidad de Medicina de Rehabilitación
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte
Instituto Mexicano del Seguro Social

ASESOR

DR. IGNACIO DEVESA GUTIERREZ.

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Director Médico de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte
Unidad Médica de Alta Especialidad “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”
Instituto Mexicano del Seguro Social

ASESOR Y TUTOR

DR. URIA M. GUEVARA LOPEZ

Médico Especialista en Algología
Director de Educación e Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”
Instituto Mexicano del Seguro Social

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ”
UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION REGION NORTE.

**“EVALUACION DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN PACIENTES CON
PATOLOGIA DE HOMBRO QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE MEDICINA
FISICA Y REHABILITACION REGION NORTE”.**

HOJA DE APROBACION DE TESIS

DR. IGNACIO DEVESA GUTIERREZ.

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.

Profesor Titular del Curso Universitario de la Especialidad de Medicina de
Rehabilitación.

I.M.S.S.- U.N.A.M.

DRA. MARIA ELENA MAZADIEGO GONZALEZ.

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la U.M.F.R.R.N.

Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme lograr una meta más en mi carrera.

Dedico esta tesis a mis padres Ricardo y Gema por su apoyo, cariño y confianza que me han brindado en todo momento para lograr mis objetivos.

A mis hermanos Ricardo y Georgina por las sugerencias brindadas.

A Adrián por su comprensión y amor.

Gracias a Maru por su apoyo y asesoría.

Agradezco al Dr. Ignacio Devesa por la colaboración para la realización de este trabajo.

Al Dr. Uria Guevara por el apoyo y los consejos para la realización de esta tesis.

A la Dra. María Elena Mazadiego por todo el apoyo y enseñanza durante nuestra formación en estos tres años.

Al Dr. Rojano y al Dr. Torres por su orientación.

A todos mis compañeros y amigos: Iván, Erika, Janely, Ana, Juan Manuel, Paola y Abril por todos los momentos que pasamos juntos en estos tres años y por el apoyo brindado.

A los R2: Merced, Itxetl, Abigail, Anel, Claudia, Sarahi, Beatriz, Rosaura, Ruth, Blanca, Miguel, Alejandro y Germán, a los R1: Alejandra, Adriana, Fabiola, Edgar,

Gerardo y Andrés, por todos los momentos compartidos durante la estancia en la unidad.

A Chayito, Elvi y Don Chava por su apoyo en la biblioteca de la unidad.

A todo el personal médico, de enfermería, terapistas, psicología, trabajo social, asistentes médicas y personal administrativo de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte por el apoyo que nos brindan.

Y a todas las personas y pacientes que de una y otra forma recibí su apoyo y ayuda durante mi formación y realización de este trabajo.

TITULO

**“EVALUACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN PACIENTES CON
PATOLOGIA DE HOMBRO QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE MEDICINA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE”**

INDICE

Contenido	Página.
Resumen.....	1
Marco teórico.....	2
Justificación.....	8
Planteamiento del Problema.....	9
Objetivos.....	10
Hipótesis.....	11
Metodología.....	12
Resultados	15
Discusión.....	27
Conclusiones.....	29
Bibliografía.....	30
Anexos.....	34

RESUMEN

TITULO

Evaluación de la intensidad del dolor en pacientes con patología de hombro que ingresan a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.

ANTECEDENTES:

Las enfermedades del hombro están dentro de la cinco primeras causas de atención musculoesquelética y existen diferentes métodos para valorar el dolor, actualmente hay pocos estudios que han investigado la relación de la intensidad del dolor con la rehabilitación.

OBJETIVO:

Evaluar la intensidad del dolor que presentan los pacientes que ingresan al módulo de ortopédicos por patología de hombro de la Unidad de Medicina Física Región Norte.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio observacional descriptivo, prospectivo longitudinal, el muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos, se obtuvieron pacientes que acudieron al módulo de ortopédicos por primera vez con patología de hombro y se les aplicó escala análoga visual, escala verbal análoga y cuestionario de dolor de McGill versión español al ingreso a la unidad y al término de las terapias. El análisis estadístico de las diferentes escalas de dolor se realizó prueba de Rangos de Wilcoxon no paramétrica para 2 grupos dependientes; respecto al sexo y las diferentes escalas de dolor al inicio y al final se utilizó prueba U de Mann-Whitney no paramétricas para grupos independientes. La diferencia por diagnóstico al ingreso con la escalas de dolor al inicio y al final se utilizó prueba de Kruskal-Wallis no paramétrica para grupos independientes.

RESULTADOS:

A 91 pacientes se les aplicó el estudio, predominando el sexo femenino, con edad promedio de 50.67años, casados, escolaridad primaria, ocupación hogar, el diagnóstico de la mayoría de los pacientes fue la cirugía por pinzamiento, el hombro en que predominó en dolor es el derecho, con un tiempo de evolución mayor a 3 meses, el 57.1% se dio de alta a Unidad Médica Familiar por mejoría, el 38.5% requirió de otro ciclo de terapias y el 4.4% se derivó a valoración por ortopedia. Después de 5 a 10 sesiones de tratamiento se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con la escala análoga visual y la escala verbal análoga; respecto al cuestionario McGill las categorías evaluativa, miscelánea y número de palabras no presentaron diferencia significativa; la categoría sensorial, valorativa y el índice total si resultaron significativas.

CONCLUSIONES:

Se observa mejoría significativa de la intensidad del dolor después de haber recibido de 5 a 10 ciclos de tratamiento. La escala visual análoga y la escala verbal análoga son instrumentos fáciles para medir el dolor y entre las dos dan un panorama de la intensidad de éste. El cuestionario de dolor McGill aunque da información importante sobre lo sensorial, afectivo y evaluativo, es muy confuso para los pacientes aunque tengan estudios superiores.

MARCO TEORICO

El dolor es definido según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor como una experiencia sensorial y emocional displacentera, asociada a daño tisular, ya sea real, potencial o descrita en términos de dicho daño (1). Así como una experiencia sensorial subjetiva compleja tomando en cuenta los aspectos psicoafectivos de la persona, los cuales pueden producir trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión y trastornos del sueño) que deben incluirse en el tratamiento del mismo (2). El Comité de Taxonomía de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor agudo como un conjunto desagradable y complejo de experiencias sensoriales, perceptuales y emocionales asociadas a respuestas autonómicas y psicológicas (3,4), se presenta después de un traumatismo, procedimiento quirúrgico o como resultado de ciertas patologías, es autolimitado o remite cuando se elimina la causa; los pacientes describen claramente su localización, características y tiempo de inicio lo cual favorece su diagnóstico etiológico; para el dolor agudo se considerará con un tiempo de evolución de menos de tres meses de haber iniciado (5). El dolor crónico es el asociado a procesos o patologías duraderas, intermitentes y/o repetitivas con duración de hasta seis meses o mas (4,6). Los pacientes con dolor crónico también presentan problemas emocionales secundarios a diversos factores, como el miedo, insuficientes redes de apoyo, uso de varios fármacos, discapacidad para trabajar, problemas económicos, cambio en el estilo de vida, etc. (2,4), estos enfermos viven en un marco de incapacidad, angustia e incertidumbre con respecto a su evolución, diagnósticos y estrategias terapéuticas, incluidas las

biomédicas (7), esta situación dependerá de la personalidad, experiencias dolorosas previas, nivel social y cultural, estado emocional en el momento del estímulo nocivo, experiencias dolorosas de personas cercanas e importantes (8). Otra manera de valorar al dolor es medirlo por la discapacidad que provoca al paciente en el desarrollo de los rubros de la Actividades de la Vida Diaria Humana o en la adaptación de ciertos movimientos o posturas (9).

Dentro de los métodos más utilizados para la evaluación del dolor están las escalas unidimensionales que consideran solo variaciones cuantitativas del dolor. Dentro de éstas se encuentra la escala visual análoga (EVA) que consiste en una línea horizontal de 10 cm donde el paciente marca un punto sobre la línea lo que mejor refleje la intensidad de su dolor, hay variaciones de esta escala como la escala análoga graduada, escala de graduación numérica, escala verbal análoga (EVERA) que consiste de 3 hasta 5 descriptores: dolor leve, moderado, intenso, muy intenso e insoportable (10,8); donde nos ayudan a valorar el dolor agudo en reposo o en movimiento; para el dolor crónico hay que valorar el impacto físico, emocional y social por lo que se han creado escalas multidimensionales (11) con el objetivo de valorar el componente afectivo, dentro de estas escalas tenemos el cuestionario de McGill que valora el dolor en tres perspectivas a) sensorial, b) afectivo-motivacional c) evaluativo, cada una de estas categorías se le asigna un número para obtener una puntuación y el índice de estimación del dolor (PRI de sus siglas en inglés Pain Rating Index), la puntuación refleja como el paciente califica su experiencia dolorosa, valorando la influencia que esta experiencia tiene sobre factores emocionales y sensoriales (12). Hay otros como el inventario

multimodal del dolor de West Haven Yale que aborda aspectos de dolor y tipo psicoafectivo como de orden conductual; Million Behavioral Health Inventory mide tipos de personalidad y actitudes relevantes para dolencias específicas; para pacientes oncológicos existe el Inventario de dolor de Wisconsin (8,10), pero el más utilizado de estas escalas es el cuestionario de McGill.

Lázaro y cols, realizaron un estudio para comparar la sensibilidad de la escala análoga visual y escala verbal análoga con el cuestionario McGill versión español para detectar cambios en el dolor después de procedimientos quirúrgicos. Encontraron que todas las escalas son útiles para evaluar el dolor posoperatorio, pero el cuestionario McGill es capaz de detectar las diferentes capacidades de producción de dolor mas que las escalas unimodales (13).

A nivel internacional existe una prevalencia de 8-80% de dolor crónico; en México no hay estudios de corte epidemiológico que estimen la frecuencia y prevalencia de éste en la población (14,15), sin embargo hay estudios que reportan cifras de 25 hasta 80% en individuos mayores de 65 años, el doble que en pacientes; Barragán y cols, encontraron la prevalencia del dolor de 41.5% y es levemente menor en sujetos de 50-64 años que en los de 65 años o más (16); Magallanes y cols, en 1999 realizaron un estudio en el Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia donde analizaron la incidencia de dolor crónico en la consulta hospitalaria de rehabilitación, encontrando un 34% de incidencia anual donde, el 76.5% no identifica causa desencadenante y el 23.5% lo relaciona con traumatismo directo. El 82.8% de los pacientes refiere tener mas de un año de

evolución, el 86.7% presenta intensidad moderada a severa y el 40% una frecuencia constante a variable (17).

Se ha encontrado asociación del dolor a padecimientos frecuentes en el adulto mayor como enfermedades articulares, cardiopatía isquémica, cáncer, neuropatías y fracturas, así como déficit cognitivo, trastornos del sueño disminución en la funcionalidad, baja socialización y depresión (16).

Con el reconocimiento del sistema nervioso como modulador de la respuesta ante el dolor, tanto cerebral como a nivel sináptico, el concepto de dolor de ser biomédico se transforma en multidisciplinario en el que toman importancia factores medico psicológico, físico y social. La Organización Mundial de la Salud define la Rehabilitación como el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible. En los últimos años la demanda de la población en relación al dolor crónico ha aumentado por lo que surgen las clínicas del dolor multidisciplinarias en donde el papel del médico rehabilitador esta implicado fundamentalmente en el dolor musculo esquelético. Se trata de que los pacientes alcancen al máximo nivel de independencia funcional a través de tratamientos físicos, farmacológicos y medidas ortoprotésicas (18).

Estudios de la International League Against the Rheumatism reportan una prevalencia de 7 a 36% de las enfermedades músculo-esqueléticas con una discapacidad del 1.4 al 10.4% convirtiendose en un problema de salud pública global (19).

En los países occidentales se registran pérdidas económicas por lesiones de miembros superiores causados por actividades repetitivas tanto laborales como recreativas (20), teniendo la lesión de hombro una prevalencia de 30% de las personas que experimentan dolor en algún momento de sus vidas hasta el 50% de los que presentan al menos un episodio de dolor por año; es la tercera causa de consulta médica musculoesquelética en el primer nivel de atención (22); este tipo de lesiones es frecuente en personas de más de 65 años de edad (21) causando una disfunción de hombro de 34%, en eventos vasculares cerebrales de 64% y en lesionados medulares de 78%, afectando la capacidad del individuo para funcionar de manera independiente y como consecuencia disminuye su calidad de vida. Los pacientes que presentan dolor crónico relacionado con estas patologías pueden presentar problemas psicológicos (20,23). El dolor persistente se asocia con un alto costo social. En el año 2000, en Estados Unidos los costos ascendieron a \$ 7 mil millones de dólares para el tratamiento de la disfunción de hombro (24).

El síndrome de pinzamiento es una de las principales causas de hombro doloroso causando limitación de la movilidad; otras patologías no menos importantes están los trastornos de articulación glenohumeral, acromioclavicular, lesión del manguito rotador, osteoartrosis, inflamación de la bursa, necrosis avascular, lesiones traumáticas (25,26).

Hay diferentes formas de tratamiento para estas lesiones como medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, glucocorticoides inyectados o por vía oral, manipulación bajo anestesia, terapia física, cirugía y diferentes manejos en rehabilitación biopsicosocial (27,20).

En las enfermedades crónicas musculoesqueléticas discapacitantes, la intensidad del dolor es una de las medidas utilizadas en el tratamiento de los pacientes. Hay pocos estudios que han investigado la relación de la intensidad del dolor al momento de iniciar la rehabilitación con el objetivo de tener resultados socioeconómicos un año después del tratamiento.

McGeary y et al, realizaron un estudio de la intensidad de dolor utilizando la escala análoga visual, con el objetivo de predecir que pacientes tendrían pobre respuesta a la rehabilitación y encontró que los pacientes que presentaban un nivel alto de dolor antes de las terapias no concluyeron los tratamientos, presentaron mayor depresión y fueron candidatos a buscar tratamiento quirúrgico, cosa que no ocurrió con los que presentaron dolor leve (28). Ramírez y cols 2001, en su estudio de diferencias en percepción del dolor emplearon el cuestionario McGill y sus resultados muestran que en relación a la edad hubo diferencia significativa en la valoración afectiva que los de mayor edad perciben el dolor mas intenso que los de menor edad y en la valoración sensorial se encontró a la inversa, encontró que la mujeres tienen mayor percepción del dolor (29), así como escolaridad menor a 10 años. (16).

Covarrubias y cols. 2008 estudiaron las características de pacientes con dolor, que acuden por primera vez a la clínica de dolor, encontrando una edad promedio de 59+-16 años, la intensidad del dolor mediante EVA 6+-2, predominando en las mujeres. La intensidad del dolor respecto a hombres y mujeres no hubo diferencia significativa e identificó que al aumentar la edad se intensifica el dolor y después de los 70 años disminuye (14).

JUSTIFICACIÓN

El dolor es el principal síntoma que hace que los pacientes acudan a visitar al médico. El dolor en ocasiones se vuelve de difícil tratamiento, afectando emocionalmente a los familiares junto con el paciente, se ha encontrado la asociación del dolor con diferentes eventos como factores estructurales, la exposición al estrés mecánico, factores psicológicos y sociales como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o disfunción familiar, provocando que haya disminución de la capacidad funcional y discapacidad, por lo cual tenemos ausencias laborales así como falta de reintegración a la sociedad, aumentando los gastos de las instituciones de salud.

En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte se maneja pacientes derivados del primero, segundo y tercer nivel con dolor agudo y crónico con diferentes patologías, en este trabajo se evaluará la intensidad de dolor que se maneja en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte en la patología de hombro ya que se encuentra dentro de las cinco principales causas de atención y no hay estudios que den información de cual es el nivel de dolor manejado en la unidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor es un problema de salud pública ya que genera problemas socioeconómicos graves, el 70 al 85% de la población experimenta dolor al menos un episodio en su vida con una prevalencia del 30%. En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte se maneja pacientes con dolor agudo y crónico. No existe información sobre el nivel de dolor manejado en la Unidad de Medicina Física por lo que no es posible establecer criterios de tratamiento de dolor por lo que se evaluará la intensidad de éste y su evolución en la patología de hombro ya que es una de las principales causas de consulta.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la intensidad de dolor que se maneja en la patología de hombro, en la Unidad de Medicina Física Región Norte?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la intensidad del dolor que presentan los pacientes que ingresan al modulo de ortopédicos por patología de hombro de la Unidad de Medicina Física Región Norte.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar la intensidad de dolor aplicando escala análoga visual.
- Evaluar la intensidad de dolor aplicando escala verbal análoga.
- Evaluar el dolor aplicando el cuestionario de dolor McGill versión español.

HIPOTESIS

Por el tipo de estudio que es transversal descriptivo, no se requiere de formular hipótesis.

.

METODOLOGIA

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, la población de estudio fueron pacientes con patología de hombro que acudieron por primera vez a consulta al módulo de ortopédicos e ingresaran a tratamiento, de cualquier sexo, entre 18 y 75 años, cualquier estado civil, ocupación y nivel socioeconómico y que aceptaran participar en el estudio bajo firma de consentimiento informado; se excluyeron pacientes que su patología estuviera relacionada con enfermedades oncológicas o neurológicas; se eliminaron pacientes que no contestaran la segunda parte del estudio. El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos, el tipo de estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo, longitudinal, a los pacientes captados se les aplicó escala análoga visual, escala verbal análoga y cuestionario de dolor McGill versión español antes de iniciar su tratamiento indicado por el médico tratante, posteriormente al término de las mismas se les volvió a aplicar las valoraciones. Para el análisis estadístico la obtención de los resultados se elaboró la base de datos en Excel xp y se utilizó el programa estadístico SPSS versión 12.0. Se utilizó la prueba de los Rangos de Wilcoxon no paramétrica para grupos dependientes antes y después para la escala visual análoga, escala verbal análoga y las diferentes categorías del cuestionario McGill; la prueba U de Mann-Whitney se utilizó al inicio y al final prueba no paramétrica para 2 grupos independientes para las variables sexo y las diferentes escalas de dolor; La prueba de Kruskal-Wallis se realizó al inicio y al final para pruebas no

paramétricas para grupos independientes de diagnóstico y las diferentes escalas del dolor.

VARIABLES

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION
Dolor	Experiencia sensorial y emocional desagradable, que se relaciona con lesión real o potencial de tejidos y que se describe en términos de dicho daño.	Se medirá en base a la escala análoga visual donde el paciente trazara una marca en la línea de 10 cm en la cual el 0 indica ausencia de dolor y el 10 es el dolor máximo. Escala verbal análoga donde elige si es leve, moderado, fuerte, muy fuerte, insoportable. Cuestionario McGill donde elige palabras según a como sienta a su dolor, evalúa sensorial, afectivo y evaluativo.	Cuantitativa Ordinal Cualitativa ordinal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Son los años vividos que refieran los pacientes.	Cualitativa de razón
Sexo	Condición orgánica que distingue entre femenino y	Características físicas que permiten englobar a las	Cualitativa nominal

	masculino.	personas como hombre o mujer.	
Diagnóstico		Por medio de la evaluación del medico rehabilitador para emitir el diagnostico.	Cualitativa nominal
Tendinitis	Degeneración del tendón por privación nutricional y tensión mecánica.		
Desgarro de manguito rotador.	Adelgazamiento degenerativo y formación de fisuras del manguito en la zona hipovascularizada expuesta a choque o trauma directo, que favorece desgarro de las fibras.		
Capsulitis adhesiva.	Restricción gradual de los movimientos del hombro en todas sus direcciones.		
Lesiones traumáticas	Luxaciones pérdida de la congruencia articular. Fractura: pérdida de solución de continuidad de un hueso.		

RESULTADOS

En el estudio se captaron 96 pacientes que acudieron al módulo de ortopédicos de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte. A 91 pacientes se les realizó el estudio y se eliminaron 5 porque no completaron el estudio.

Del total de la muestra, 60 (65.9%) fueron mujeres y 31 (34.1%) hombres (gráfica 1), el rango de edad fue de 18 a 75 años con un promedio de edad de 50.67 años (gráfica 2).

El diagnóstico que presentó la mayoría de los pacientes fue la cirugía por pinzamiento con 22% siguiéndole el síndrome de pinzamiento con 18.7%, el 14.3% con otras patologías, 11% fracturas de clavícula, 7.7% tendinitis y menos del 6% patologías como capsulitis adhesiva, fracturas de humero, luxación glenohumeral y acromioclavicular o cirugías de estas mismas (gráfica 3).

El estado civil del 60.4 %de los pacientes son casados, el 16.5% solteros, 12.1 % unión libre, 7.7% viudo y el 3.3%divorciado (gráfica 4).

Respecto a la escolaridad el 30.8% tiene la primaria, 27.5% preparatoria, 26.4% secundaria, 7.7% licenciatura, 6.6%ninguna escolaridad y el 1.1% posgrado (gráfica 5).

En la ocupación el 39.6% se dedica al hogar, seguido de empleado 33%, 7.7% obreros, 6.6% ayudantes generales, 4.4%otros, 3% independientes y estudiantes y 2.2% pensionados(gráfica 6).

El hombro en el que predomina el dolor es el derecho con un 53.8%, el izquierdo con 36.3% y ambos hombros 9.9% (gráfica7).

El tiempo de evolución con el dolor de hombro 57.1% mas de 3 meses y el 42.9% menos de 3 meses (gráfica 8).

Los tratamientos que habían recibido al ingreso a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte fueron cirugía con 34.1%, 26.4 %medicamentos, 22% otros, 12.1% ninguno, 5.5% terapia física (gráfica 9).

Al termino de las terapias se les realizó la segunda valoración, el 57.1% de los pacientes se les dio su alta con su medico familiar porque tuvieron mejoría, el 38.5% requirió de otros ciclos de tratamiento y el 4.4% se derivó a valoración por ortopedia por evolución tórpida (grafica 10).

En relación a las escalas del dolor se utilizó prueba de rangos de Wilcoxon; se encontró que la escala visual análoga al inicio tuvo una media 6.39 y una final de 4.31 resultando una disminución de dolor de 2.08 con una $p < 0.05$ teniendo diferencia estadísticamente significativa (gráfica 11).

Para la escala verbal análoga al inicio se obtuvo la media de 2.37 y al final de 1.95, con una diferencia media de 0.80 dando una $p < 0.05$ con diferencia estadísticamente significativa (gráfica 12).

Para el índice de valoración del dolor sensorial (PRI-s) se obtuvo al inicio 17.43 y al final 16.0 con una disminución del dolor de 1.41, resultando $p < 0.05$ diferencia significativa (gráfica 13).

Para el índice de valoración del dolor evaluativo (PRI-E) al inicio con 2.62 y al final 2.27, con una diferencia media de 0.35, una $p > 0.05$ resultando diferencia no significativa (gráfica 14).

El índice de valoración del dolor valorativo (PRI-V) se obtuvo al inicio 2.31 y al final 1.86 con una diferencia media de 0.45, con una $p < 0.05$ resultando significativa la diferencia (gráfica 15).

Con el índice de valoración del dolor misceláneo (PRI-M) al inicio con 4.70 y al final con 4.14, con disminución de dolor de 0.56 resultando una $p > 0.05$ con diferencia no significativa (gráfica 16).

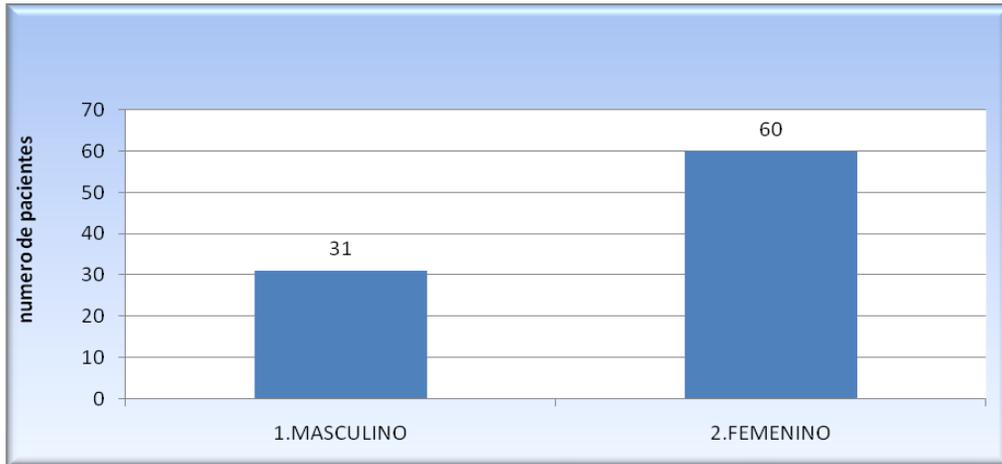
Para el índice de valoración del dolor total (PRI-T) al inicio se obtuvo 26.98 y al final con 24.02, con una diferencia media de 2.96, una $p < 0.05$ resultando diferencia significativo (gráfica 17).

El número de palabras escogidas tuvo al inicio 11.90 y al final 11.58, con una diferencia media de 0.31, obteniendo una $p > 0.05$, no resultando significativo (gráfica 18).

Respecto a la diferencia por sexo con las diferentes escalas de dolor se realizó prueba de U de Mann-Whitney y en relación al diagnóstico con las distintas escalas de dolor, se efectuó prueba de Kruskal-Wallis el resultado obtenido en ambas pruebas fue sin diferencias estadísticamente significativa.

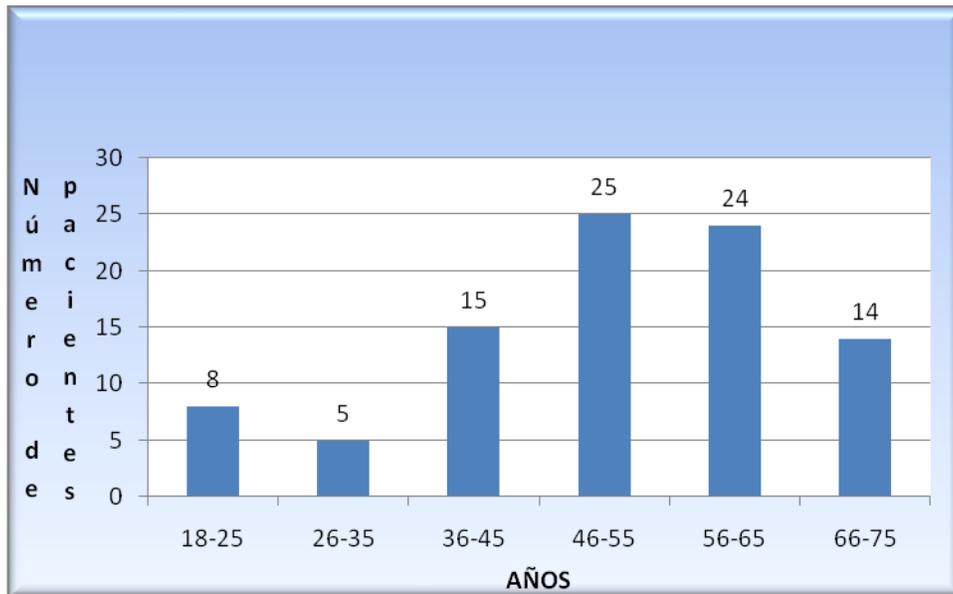
Evaluación de la intensidad del dolor en pacientes con patología de hombro que ingresan a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.

Grafica 1: Distribución por sexo



Fuente: HCD/GIVO 2009

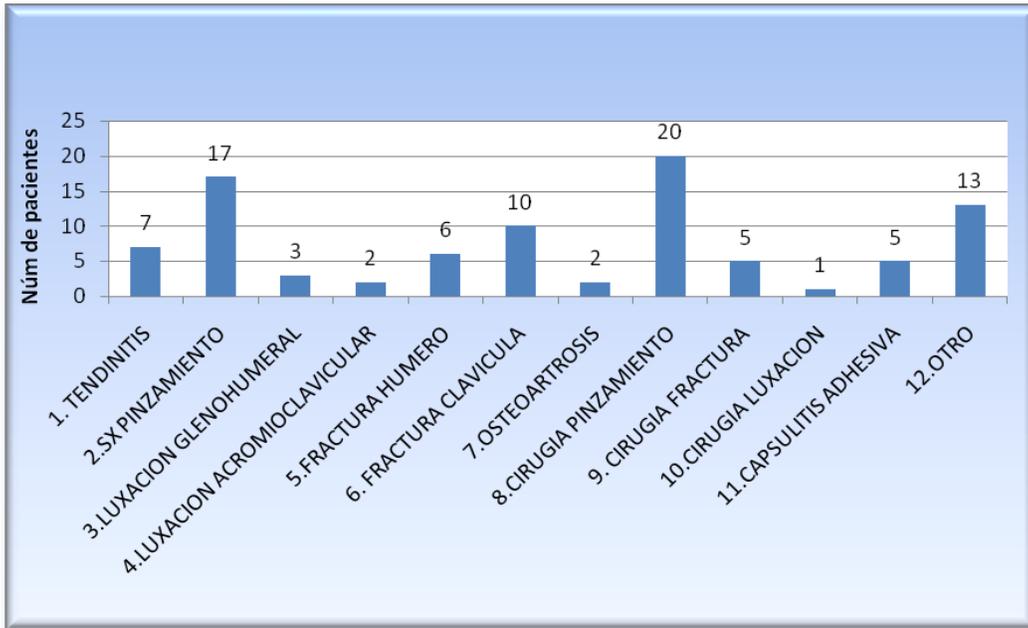
Grafica 2: Distribución por edad



Fuente: HCD/GIVO 2009

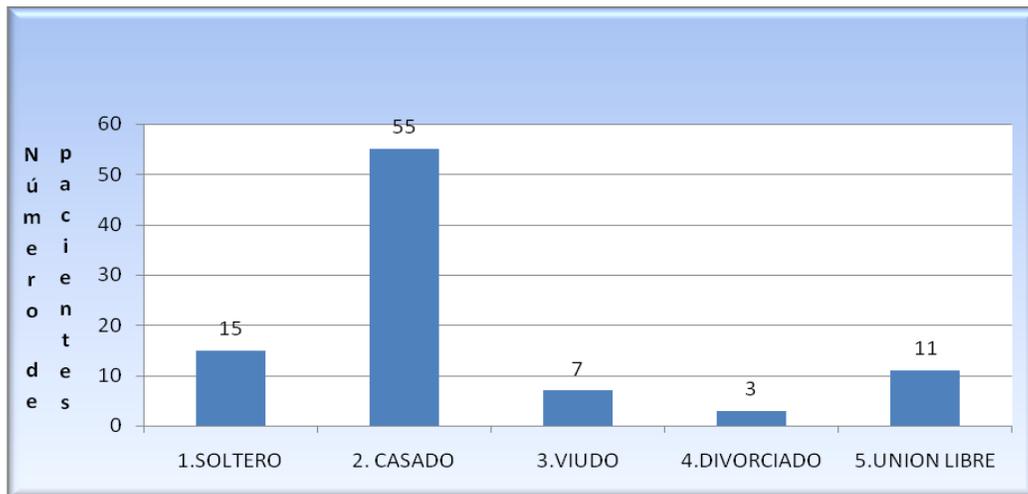
Evaluación de la intensidad del dolor en pacientes con patología de hombro que ingresan a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.

Grafica 3: Distribución por diagnóstico



Fuente: HCD/GIVO 2009

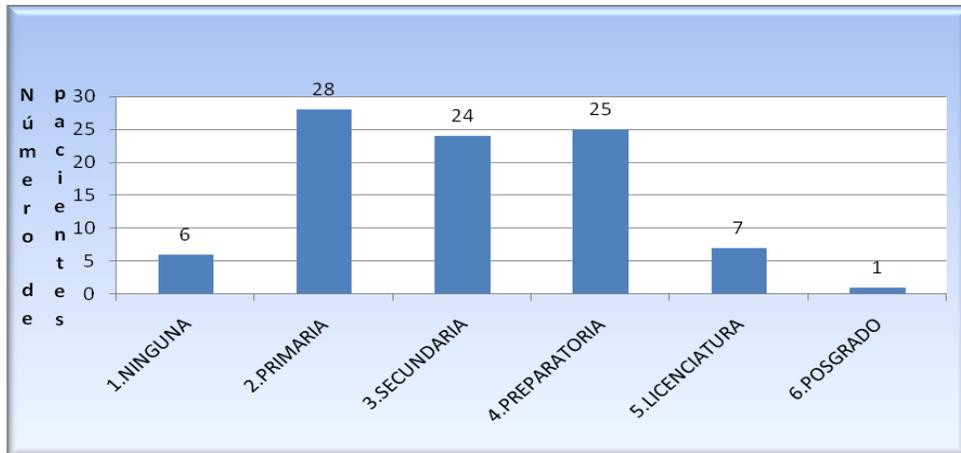
Grafica 4: Distribución por estado civil



Fuente: HCD/GIVO 2009

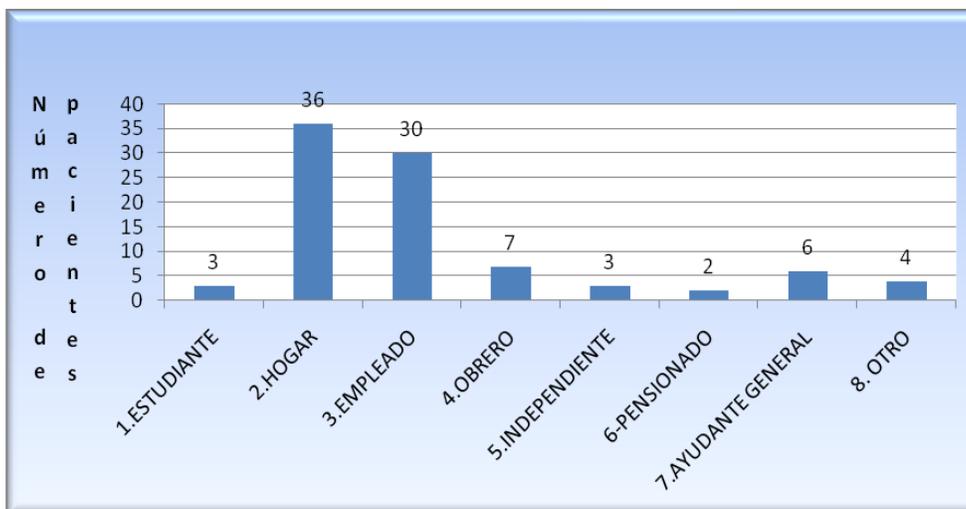
Evaluación de la intensidad del dolor en pacientes con patología de hombro que ingresan a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.

Grafica 5: Distribución por escolaridad



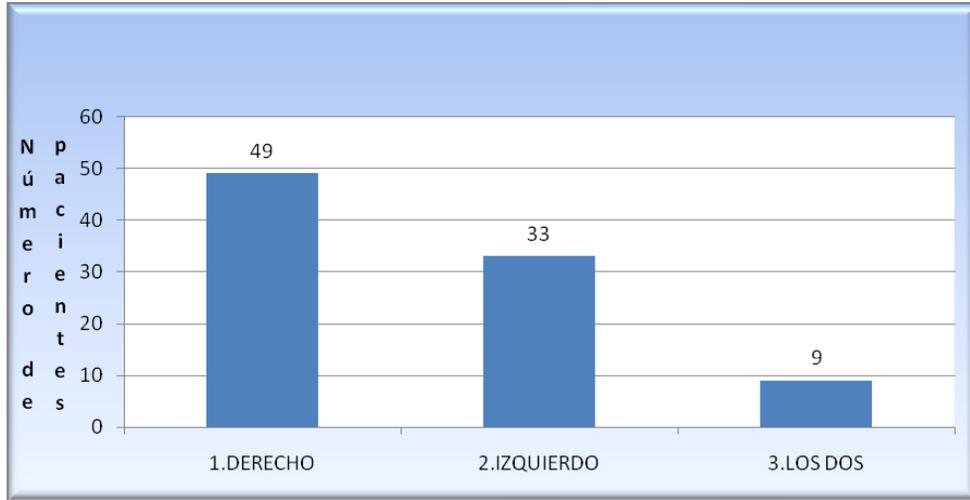
Fuente: HCD/GIVO 2009

Grafica 6: Distribución por ocupación



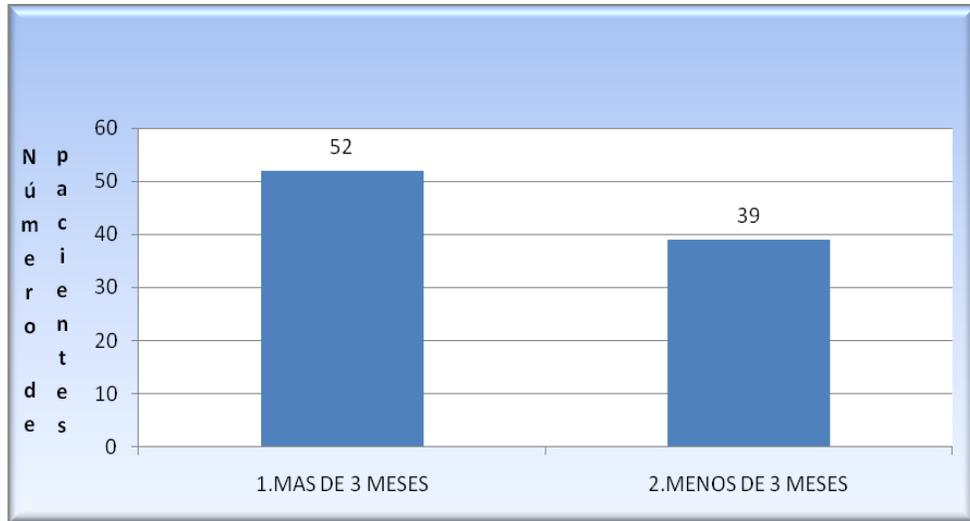
Fuente: HCD/GIVO 2009

Grafica 7: Muestra el hombro en el que predomina el dolor



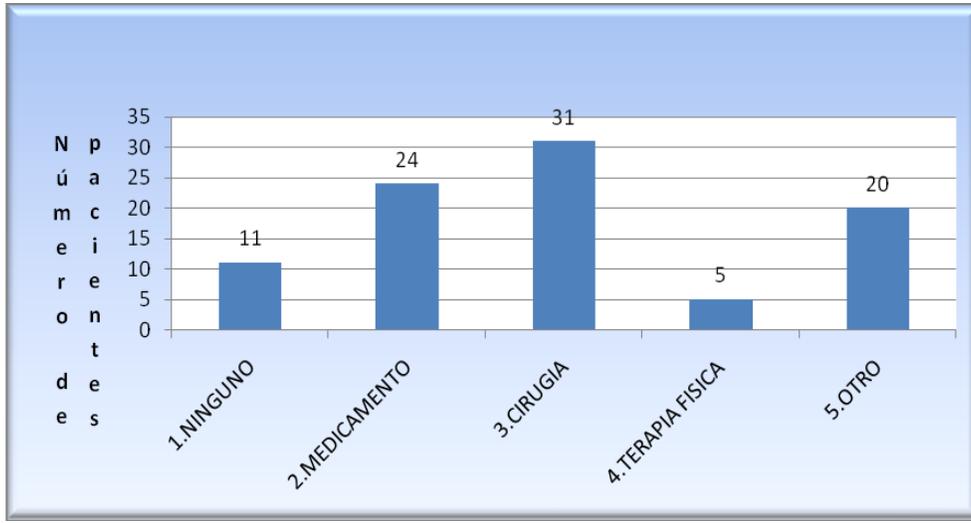
Fuente: HCD/GIVO 2009

Grafica 8: Tiempo de evolución del dolor



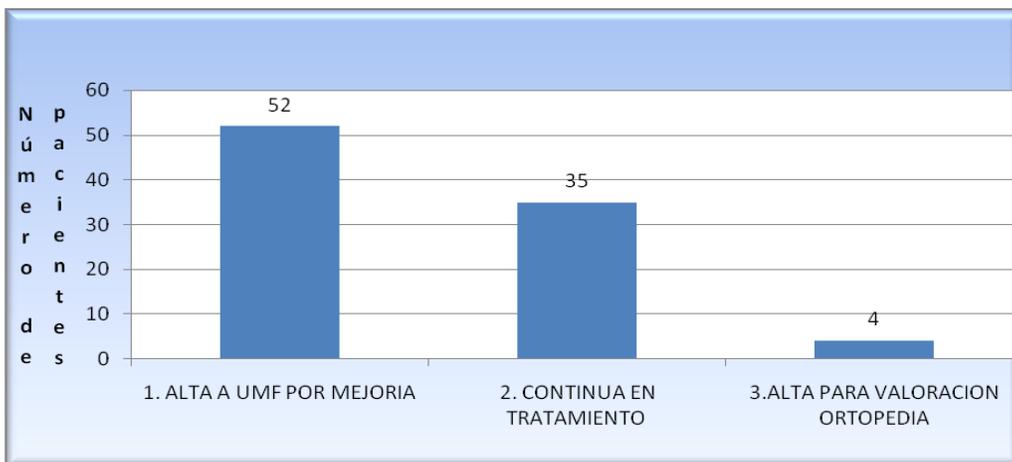
Fuente: HCD/GIVO 2009

Grafica 9: Tratamiento recibido antes de ingresar a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región norte



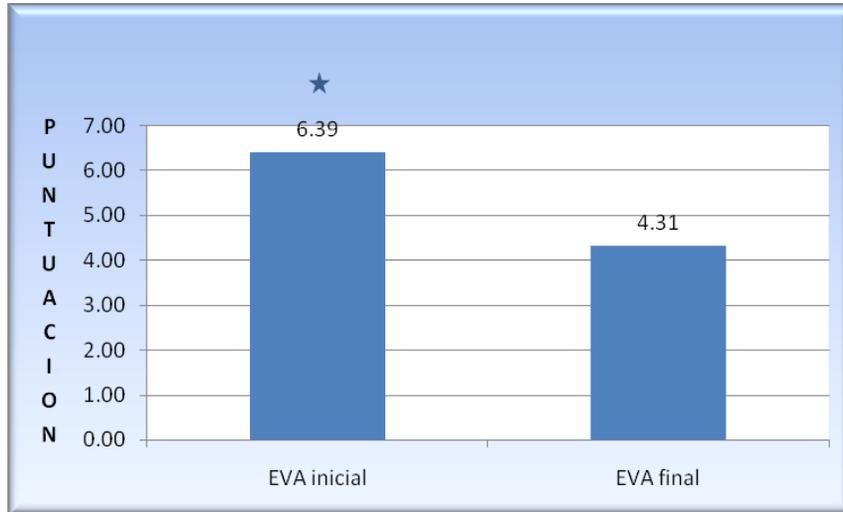
Fuente: HCD/GIVO 2009

Grafica 10:
Destino de los pacientes al realizarles la segunda parte de la estudio.



Fuente: HCD/GIVO 2009

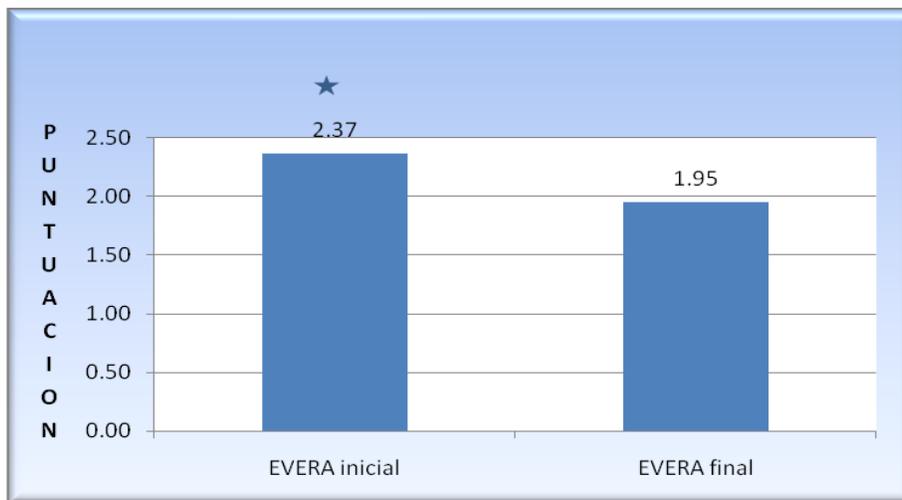
Grafica 11:
Intensidad de dolor con Escala Visual Análoga



★ $P < 0.05$
Prueba de Wilcoxon

Fuente: HCD/GIVO 2009

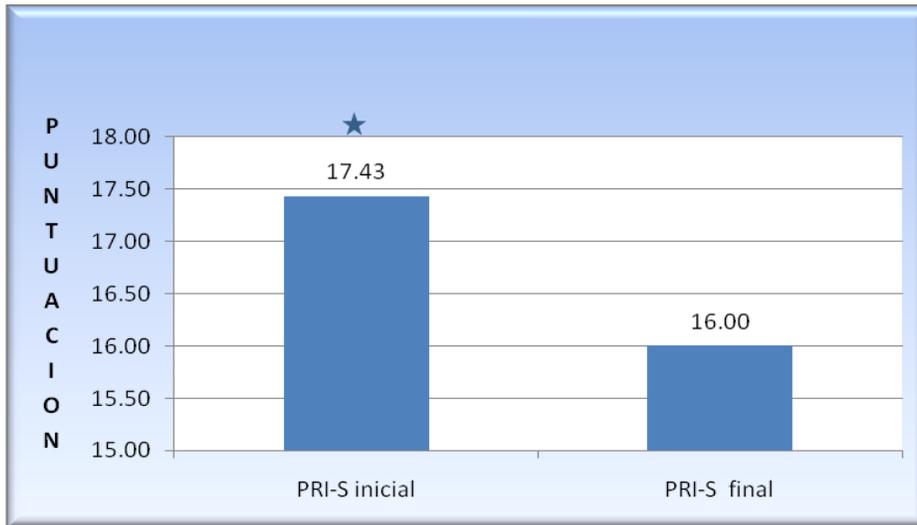
Grafica 12: Intensidad de dolor con Escala Verbal Análoga



★ $P < 0.05$
Prueba de Wilcoxon

Fuente: HCD/GIVO 2009

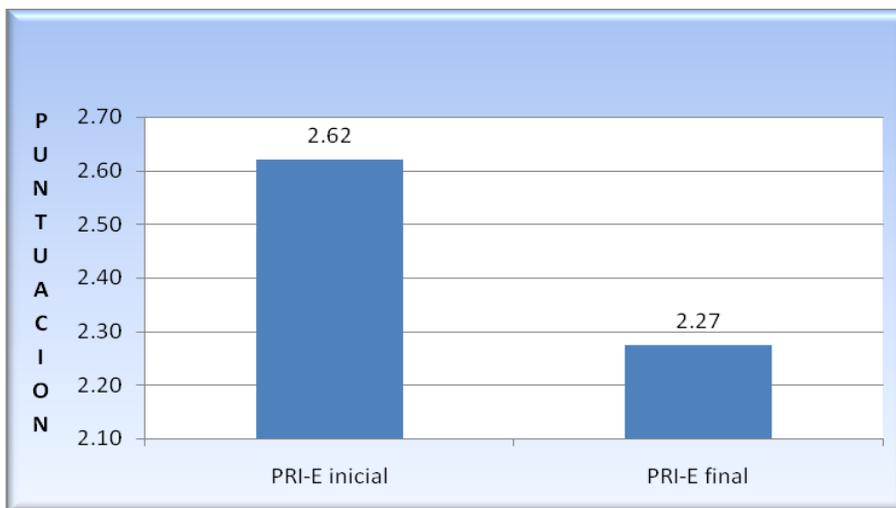
Grafica 13: intensidad de dolor en la categoría índice de estimación del dolor sensorial (PRI-S)



★ $P < 0.05$
Prueba de Wilcoxon

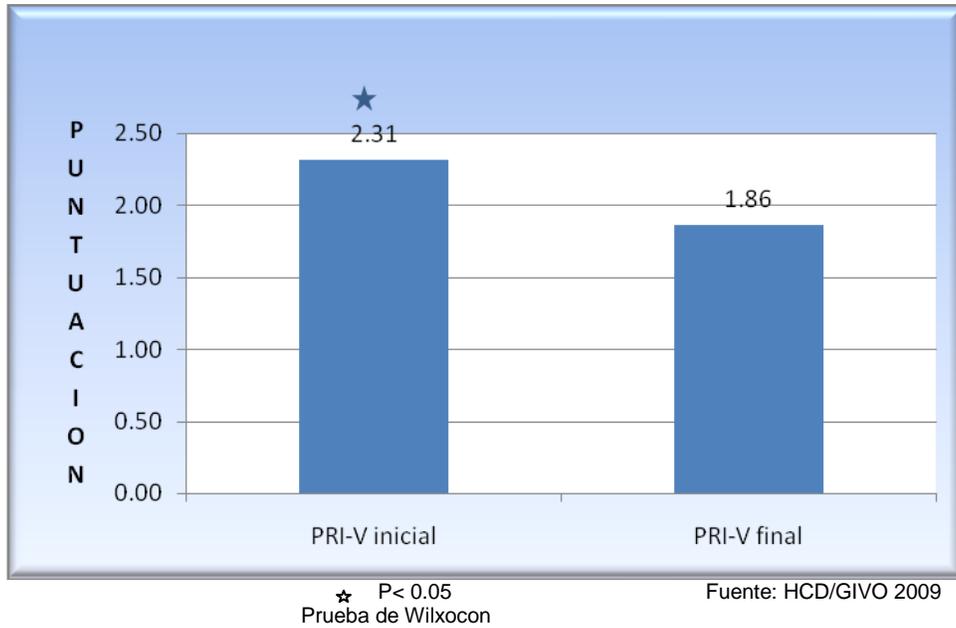
Fuente: HCD/GIVO 2009

Grafica 14: Intensidad de dolor en la categoría índice de estimación del dolor evaluativo (PRI-E)

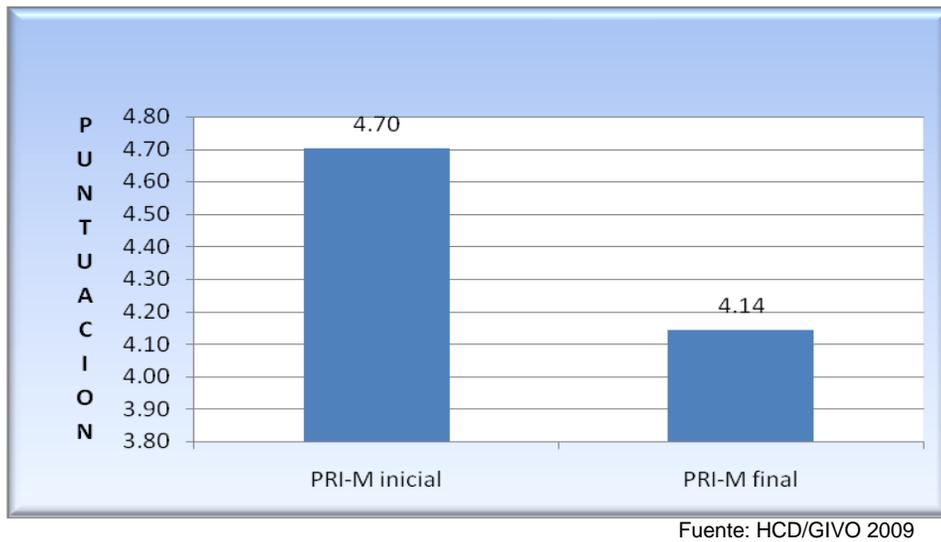


Fuente: HCD/GIVO 2009

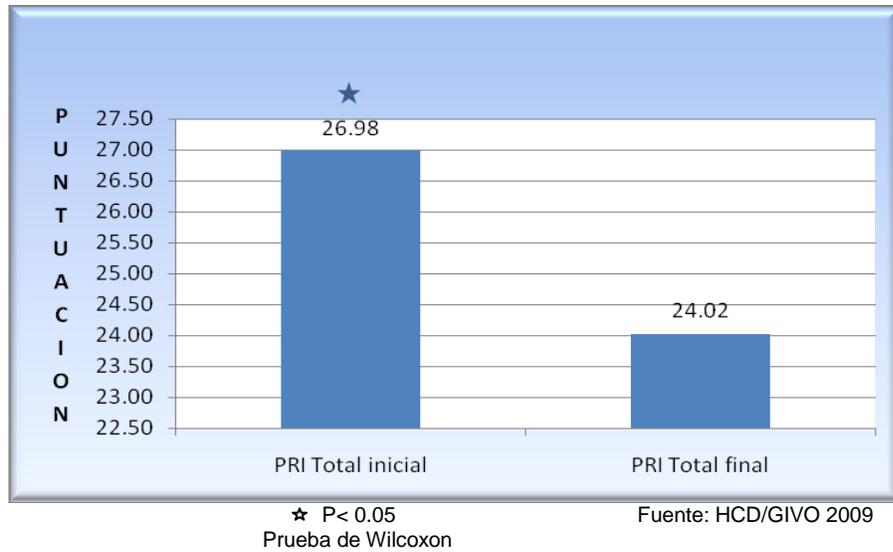
Grafica 15: Intensidad de dolor en la categoría índice de estimación del dolor valorativo (PRI-V)



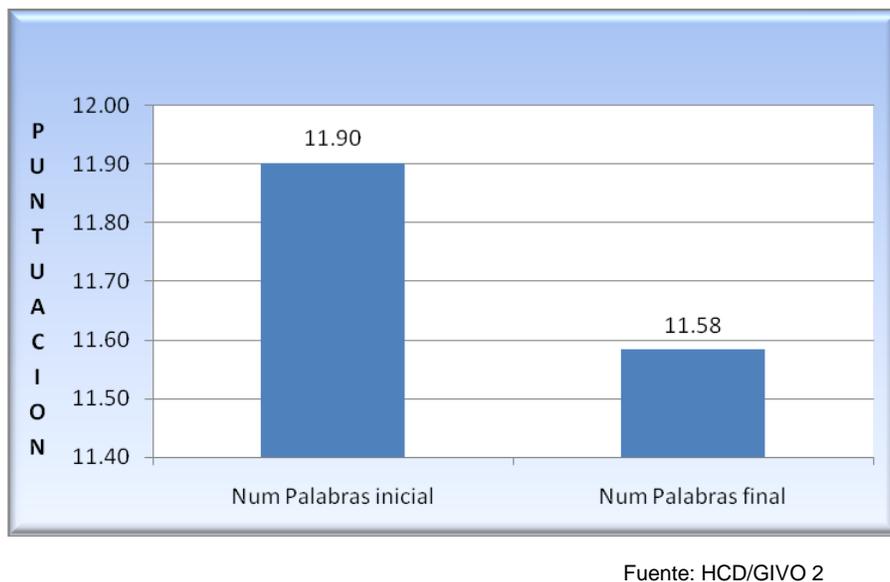
Grafica 16: Intensidad de dolor en la categoría índice de estimación del dolor miscelaneo (PRI-M)



Grafica 17: Intensidad de dolor en la categoría índice de estimación del dolor Total (PRI-T)



Grafica 18: Intensidad de dolor en la categoría Número de palabras escogidas



DISCUSION

El propósito de este estudio fue evaluar la intensidad del dolor que presentan los pacientes con patología de hombro que ingresan a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, utilizando diferentes escalas para medición del dolor.

Los resultados obtenidos no difieren con la literatura ya que se observó que en las mujeres se percibe mayor el dolor como lo menciona Covarrubias (2008).

Dentro de los problemas musculoesqueléticos una de las principales patologías es la de hombro, predominando en mayores de 65 años; Covarrubias (2008) en un estudio de pacientes con dolor obtuvo un promedio de edad de 59 ± 16 en nuestro estudio la edad promedio fue de 50.67 años, teniendo nuestra mayor población entre 50 y 65 años.

La causa más frecuente de dolor fue el síndrome de pinzamiento, ya que el 22% de los pacientes requirieron cirugía por esta patología y el 17% se mantuvo con tratamiento conservador (gráfica 3)

Magallanes 1999 reporta que un 82.8% presenta más de un año de evolución, en nuestro estudio encontramos que el 57.1% de los pacientes presentan dolor crónico (gráfica 9).

En relación a las escalas utilizadas se observó que son de utilidad la EVA y la EVERA para la valoración del dolor y la dos se relacionan; sin embargo con el cuestionario de dolor de McGill (Serrano y cols 2002) siendo uno de los cuestionarios multimodales mayor utilizados a nivel internacional, porque permite evaluar la experiencia dolorosa del propio paciente y la influencia que ejercen los factores emocionales y sensoriales; tuvimos dificultad para la aplicación ya que

resulto ser de mucha confusión las palabras que describen cada categoría, incluso en los pacientes con escolaridad alta. Gaviria y cols 2006 en un estudio de personalidad y dolor utilizaron estas mismas escalas encontrando que no se relacionan la EVA con el cuestionario McGill ya que la primera daba puntuación de dolor moderado a severo y el McGill dolor leve en todas sus dimensiones.

Lázaro y cols 2003 realizaron un estudio para comparar la sensibilidad de la escala visual análoga, escala verbal análoga y cuestionario de McGill en dolor postoperatorio resultando diferencias significativas para todos los parámetros analizados.

En nuestro estudio se observó la disminución del dolor con resultado estadístico significativo de 2.08 para la EVA obteniendo un promedio de 5.35; Covarrubias(2008) tuvo promedio de 6 ± 2 .

Y el 86.7% manifiestan intensidad moderada a severa (Magallanes 1999); el promedio que obtuvimos con la EVERA fue de 2.16 equivalente al dolor moderado.

La bibliografía refiere que el cuestionario McGill es el mas utilizado dando información importante sobre la percepción del dolor en las diferentes categorías que valora el cuestionario; sin embargo con la categoría evaluativa, miscelánea y el número de palabras escogidas no hubo diferencia significativa y para la categoría sensorial, valorativa y el índice de dolor total si existió diferencia.

CONCLUSIONES

- Se observa mejoría significativa de la intensidad del dolor en pacientes con patología de hombro después de haber recibido de 5 a 10 ciclos de tratamiento de terapia física.
- La escala visual análoga y la escala verbal análoga son instrumentos fáciles para medir el dolor y entre las dos dan un panorama de la intensidad de este.
- El cuestionario de dolor de McGill aunque da información importante sobre lo sensorial, afectivo y evaluativo, es muy confuso para los pacientes aunque se tengan estudios superiores.
- Para las categorías del cuestionario McGill, la mitad de las categorías muestra diferencia estadística no significativa, quizás por la diferencia en el número de palabras que existen entre categorías que no son las mismas para todas o por la misma confusión que presentan las palabras.
- Se recomienda para un estudio posterior evaluar si la intensidad de dolor se relaciona con la disfuncionalidad, factores psicológicos o socioeconómicos, ya que se ha descrito que el dolor no solo es físico sino que también interviene estos factores y relacionarlo con la disfuncionalidad ya que mucho pacientes no presentan dolor pero si limitación.
- También se sugiere validar una escala de dolor semejante al cuestionario McGill con términos para población mexicana.

BIBLIOGRAFIA

1. Guevara LU, Covarrubias GA, Rodríguez CR, Carrasco RA, Aragón G, Ayón VH. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Cir Ciruj* 2007;(75) 5:385-407.
2. Bello CS, Lara SA, Austrich SE. Aspectos psicoafectivos de los pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana del dolor* 2008; 2(2):8-10.
3. Guevara LU, Córdova DJ, Tamayo VA, Ramos E, Martínez EH, Durán AJ. Desarrollo de los parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2004; 27(4) pp 200-204.
4. International Association for the Study of Pain. Task force on taxonomy. IASP press. 1994.
5. Guevara LU, Covarrubias GA, Hernández OA. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo *Cir Ciruj* 2005;5(73):393-404.
6. Covarrubias GA, Guevara LU, Betancourt SJ, Delgado CM, Cardona CA, Hernández MJ. Evaluación del sueño en el dolor crónico no maligno *Revista Mexicana de Anestesiología*, 2005; 28(3) pp 130-138.
7. Barragán SA. El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes *Archivos en Medicina Familiar* 2006;8 (2): 109-117.
8. Guevara LU, Olivares DE. *Medición del dolor*. Guevara LU, DeLille FR. *Medicina del dolor y paleativa*. 2da edición, Corporativo intermedica SA de CV. 2008.103-133.
9. Bistre CS. *Dolor un enfoque por especialidades*. Ed. M&M 2006 Mexico Pp 13-18.

10. Babic Naglic D. The diagnostics of chronic musculoskeletal pain. *Reumatizam* 2007,54(2) 32-6.
11. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Rømundstad L, Hals EK, et al, Assessment of pain, *Br J Anaesth* 2008,101(1):17-24.
12. Serrano AT, Caballero J, Cañas A, García SP, Serrano AC, Rieto J, Valoración del dolor, *Rev. Soc Esp. Dolor* 2002;9(2):67-120.
13. Lázaro C, Caseras X, Torrubias R, Baños J. Measurement of postoperative pain: analysis of the sensitivity of various self-evaluation instruments. *Rev Esp Anestesiol Reanim*, 2003;50(5):230-6.
14. Covarrubias GA, Guevara LU, Lara SA, Tamayo VA, Salinas CJ, Torres GR, Características de los enfermos que acuden a clínicas del dolor por primera vez *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008, 46(5):467-472.
15. Covarrubias GA. Las clínicas del dolor en México. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2008;(31) 1; 66-70.
16. Barragán BA, Mejía AS, Gutiérrez RL, Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *salud pública de México* 2007;49(4);488-494.
17. Magallanes BC, Pérez GA, García VG, Dolor crónico musculoesquelético en la consulta externa de rehabilitación del Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 1999, 11(3): 67-70.
18. Sanz AM, Fatela LV, Martínez SA, Acedo GM, Cutillas RR, Rodríguez SS, Urbano LM. Labor del médico rehabilitador dentro de una unidad multidisciplinaria del dolor. *Rehabilitación (madr)* 2007; 41(2): 67-72.

19. Álvarez NJ, Esperón HR, HerreraCG, Nuño GB. Prevalencia e impacto funcional de las artropatías en adultos mayores Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5): 403-407.
20. Karjalainen KA, Malmivaara A, van Tulder MW, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes BW. Biopsychosocial rehabilitation for upper limb repetitive strain injuries in working age adults. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD002269.
21. Lewis JS, Rotator cuff tendinopathy/subacromial impingement síndrome: is it time for a new method of assessment. Br J Sports Med 2008. 17.
22. Caroline M, Ade A, Elaine H, Andrew C. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. BMJ. 2005. 12; 331: 1124–1128.
23. Jiu-jenq L, Hanten W, Olson S, Roddey T, Soto-quijano D, Lim H, Sherwood A Shoulder Dysfunction Assessment: Self-report and Impaired Scapular Movements PHYS THER August 2006 Vol. 86, No. 8, pp. 1065-1074.
24. Meislin RJ, Sperling JW, Stitik TP. Persistent shoulder pain: epidemiology, pathophysiology, and diagnosis Am J Orthop. 2005 Dec;34(12 Suppl):5-9.
25. Caroline M, Ade A, Elaine H, Andrew C. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. BMJ. 2005. 12; 331: 1124–1128.. Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Acupuntura para el dolor de hombro (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). .. Meislin RJ, Sperling JW, Stitik TP. Persistent shoulder pain: epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. Am J Orthop. 2005 Dec;34(12 Suppl):5-9.

26. Szyluk K, Jasinski A, Koczy B, Widuchowski W, Subacromial impingement síndrome-most frequent reason of the painful shoulder síndrome. *Pol Merkur Lekarski* 2008. 25(146): 179-83.
27. Green S, Buchbinder R, Glazier R, Forbes A. Intervenciones para el tratamiento del dolor de hombro (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
28. McGeary D, Mayer T, Gatchel R. High pain ratings predict treatment failure in chronic occupational musculoskeletal disorders. *J Bone Joint Surg Am* 2006,88(2) 317-25.
29. Ramirez Mc, Esteve R, López MA, Anarte MT. Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Rev.Soc.Esp Dolor*. 2001,8(8):562-567.
30. Lázaro C, Caseras X, Whizar VM, Wenk R, Baldioceda F, Bernal R, Ovalle A, Torrubia R, Baños J. Psychometric Properties of a Spanish Version of the McGill Pain Questionnaire in Several Spanish-Speaking Countries. *The Clinical Journal of Pain*,2001;17(4):365-374.

ANEXO 1



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha y lugar: _____

Acepto libremente participar en el proyecto de investigación titulado “Evaluación de la intensidad del dolor en pacientes con patología de hombro que ingresan a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte”, registrado ante el Comité Local de Investigación.

El objetivo es valorar la intensidad del dolor en patología de hombro de los pacientes que acude a tratamiento a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte. Se llevara a cabo mediante la aplicación cuestionario para datos generales y aplicación de escalas de dolor antes de iniciar el tratamiento y al término del mismo. Todo esto se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del estudio. Entendiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El investigador principal me han dado seguridad de que no se me identificará en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que la información relacionada con mi privacidad será manejada en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente.

Dra. Gema Irazú Vázquez Ojeda
Nombre y firma del investigador.

Testigo.

Testigo.



ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD "VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ"
UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION REGION NORTE

- NOMBRE: _____ FECHA: _____
- TELEFONO.: _____ NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____
- CONSULTORIO: _____ TURNO: _____
- DIAGNOSTICO: _____
- EDAD: _____
- SEXO:
Masculino () Femenino ()
- ESTADO CIVIL:
Soltero(a) () Casado(a) () Viudo(a) () Divorciado(a) () Unión Libre ()
- ESCOLARIDAD:
Ninguna () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura ()
Posgrado ()
- OCUPACION
Estudiante () Hogar () Empleado () Obrero () Independiente ()
Pensionado () Ayudante general () Otro _____
- QUE HOMBRO LE DUELE?
Derecho () Izquierdo () Los dos ()
- ¿CUANDO COMENZO EL DOLOR DE SU HOMBRO?
Hace mas de 3 meses () Menos de 3 meses ()
- ¿QUE TRATAMIENTO HA RECIBIDO HASTA EL MOMENTO?
Ninguno () Medicamentos () cirugía () Terapia Física ()
otro _____

Gema Irazú Vázquez Ojeda R3 MFYR

ANEXO 3

ESCALAS PARA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

Nombre: _____

Fecha _____

Sesión: inicial () 1er ciclo () 2do ciclo () 3er ciclo ()

ESCALA VISUAL ANÁLOGA

Marque con un punto sobre la línea la intensidad de su dolor.

0 _____ 10
Sin dolor Máximo dolor

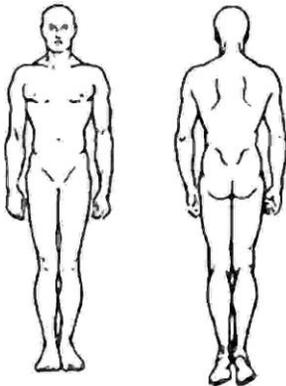
ESCALA VERBAL ANÁLOGA

Subraye la palabra que mejor defina la intensidad de su del dolor.

- 0 No hay dolor
- 1 Dolor leve
- 2 Dolor moderado
- 3 Dolor intenso
- 4 Dolor muy intenso
- 5 Dolor insoportable

LOCALIZACION DEL DOLOR

Marque la parte del cuerpo donde siente dolor.



CUESTIONARIO MCGILL VERSION ESPAÑOL (30)

De las siguientes categorías escoja una palabra de cada categoría, si esta se parece a su dolor.

<p>Temporal I</p> <p><input type="radio"/> A golpes</p> <p><input type="radio"/> Continuo</p> <p>Temporal II</p> <p><input type="radio"/> Periódico</p> <p><input type="radio"/> Repetitivo</p> <p><input type="radio"/> Insistente</p> <p><input type="radio"/> Interminable</p> <p>Localización I</p> <p><input type="radio"/> Impreciso</p> <p><input type="radio"/> Bien delimitado</p> <p><input type="radio"/> Extenso</p> <p>Localización II</p> <p><input type="radio"/> Repartido</p> <p><input type="radio"/> Propagado</p> <p>Punción</p> <p><input type="radio"/> Como un pinchazo</p> <p><input type="radio"/> Como agujas</p> <p><input type="radio"/> Como un clavo</p> <p><input type="radio"/> Punzante</p> <p><input type="radio"/> Perforante</p> <p>Incisión</p> <p><input type="radio"/> Como si cortase</p> <p><input type="radio"/> Como una cuchilla</p> <p>Constricción</p> <p><input type="radio"/> Como un pellizco</p> <p><input type="radio"/> Como si apretara</p> <p><input type="radio"/> Como agarrotado</p> <p><input type="radio"/> Opresivo</p> <p><input type="radio"/> Como si exprimiera</p>	<p>Tracción</p> <p><input type="radio"/> Tirantez</p> <p><input type="radio"/> Como un tirón</p> <p><input type="radio"/> Como si estirara</p> <p><input type="radio"/> Como si arrancara</p> <p><input type="radio"/> Como si desgarrara</p> <p>Térmico I</p> <p><input type="radio"/> Calor</p> <p><input type="radio"/> Como si quemara</p> <p><input type="radio"/> Abrasador</p> <p><input type="radio"/> Como hierro candente</p> <p>Térmico II</p> <p><input type="radio"/> Frialdad</p> <p><input type="radio"/> Helado</p> <p>Sensibilidad Táctil</p> <p><input type="radio"/> Como si rozara</p> <p><input type="radio"/> Como un hormigueo</p> <p><input type="radio"/> Como si arañara</p> <p><input type="radio"/> Como si raspara</p> <p><input type="radio"/> Como un escozor</p> <p><input type="radio"/> Como un picor</p> <p>Consistencia</p> <p><input type="radio"/> Pezadez</p> <p>Miscelánea Sensorial I</p> <p><input type="radio"/> Como hinchado</p> <p><input type="radio"/> Como un peso</p> <p><input type="radio"/> Como un flato</p> <p><input type="radio"/> Como espasmo</p>	<p>Miscelánea Sensorial II</p> <p><input type="radio"/> Como latidos</p> <p><input type="radio"/> Concentrado</p> <p><input type="radio"/> Como si pasara corriente</p> <p><input type="radio"/> Calambrazos</p> <p>Miscelánea Sensorial III</p> <p><input type="radio"/> Seco</p> <p><input type="radio"/> Como martillazos</p> <p><input type="radio"/> Agudo</p> <p><input type="radio"/> Como si fuera a explotar</p> <p>Tensión Emocional</p> <p><input type="radio"/> Fastidioso</p> <p><input type="radio"/> Preocupante</p> <p><input type="radio"/> Angustiante</p> <p><input type="radio"/> Exasperante</p> <p><input type="radio"/> Que amarga la vida</p> <p>Signos Vegetativos</p> <p><input type="radio"/> Nauseante</p> <p>Miedo</p> <p><input type="radio"/> Que asusta</p> <p><input type="radio"/> Terrible</p> <p><input type="radio"/> Aterrador</p> <p>Categoría Valorativa</p> <p><input type="radio"/> Débil</p> <p><input type="radio"/> Soportable</p> <p><input type="radio"/> Intenso</p> <p><input type="radio"/> Terriblemente Molesto</p>
--	--	---

PRI-S

PRI-E

PRI-V

PRI-M

PRI-TOTAL

NUMERO DE PALABRAS:

PPI:

EVA (0-10)