

11222

2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA DE REHABILITACION

“INCIDENCIA DEL DOLOR CRONICO MUSCULOESQUELETICO”

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICO
QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA DE REHABILITACION

P R E S E N T A:
DRA. CECILIA MAGALLANES BLANCO

PROFESOR TITULAR UNIVERSITARIO:
DR. LUIS GUILLERMO IBARRA



MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

267164



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.

SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA DE
REHABILITACION
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

“ Incidencia del dolor crónico musculoesquelético.”

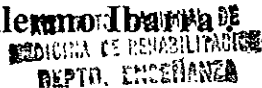
Trabajo de investigación clínica que presenta:

Dra. Cecilia Magallanes Blanco

Para obtener el título de especialista en:
Medicina de Rehabilitación.

Profesor titular universitario:

Dr. Luis Guillermo Ibarra



México, D.F.

Enero, 1998

A mis padres:
Por su amor infinito,
su apoyo incondicional,
Por enseñarme el camino
del trabajo y la perseverancia.

A ti Arturo:

Por dar significado a mi vida
por compartir conmigo cada día,
por tu ayuda y apoyo incondicional.

A Claudia y Narayani:
Por estar siempre conmigo,
a pesar de la distancia.

A mis maestros:

Por compartir sus conocimientos
y experiencias enriqueciendo mi vida
profesional y personal.

INDICE:

	Pág.
Indice	1
Introducción	2
Material y métodos	7
Resultados	8
Discusión	19
Conclusiones	21
Referencias	22

INTRODUCCION.

El dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional, asociada con daño tisular actual o potencial o descrita en términos de cierto daño. (1)

El dolor es considerado un aspecto especial de la vida humana, localizado en la intersección de cuerpos, mente y cultura. Como la enfermedad, está abierto a una gran variedad de significados e interpretaciones, positivos o negativos, científicos o espirituales, físicos o emocionales. (2)

El dolor crónico se ha definido como aquel que tiene una duración mayor a las 8 semanas, y últimamente se ha vuelto un gran problema de salud en diferentes países. (3) A pesar de no contar con estudios epidemiológicos precisos, los datos de diversas fuentes sugieren que entre un 25 y un 30% de la población de los países industrializados tienen dolor crónico. (4)

Posterior a la segunda guerra mundial se vio la necesidad de tratar el dolor de tipo crónico de una manera multidisciplinaria, por lo cual, se formó un grupo de especialistas e iniciaron el tratamiento de veteranos de guerra en el Hospital General de Tacoma, Washington, U.S.A. (5)

En el año de 1960, el Dr. Bonica inició una clínica del dolor con un enfoque interdisciplinario en la Universidad de Washington, U.S.A., conformada por los siguientes especialistas: anesthesiólogo, psiquiatra, ortopedista, rehabilitador, psicólogo-clínico, cirujano general y cirujano maxilo-facial.

Entre los años sesenta y setentas se incrementaron el número de médicos que coincidían, apoyaban y pusieron en práctica la idea del Dr. Bonica. Para 1974, habían fundado la Asociación

Internacional para el Estudio del Dolor y en 1975 publicaron por primera vez el Journal of Pain.

Por ser la mayoría de las clínicas dirigidas por anesthesiólogos, la Sociedad Americana de anesthesiólogos (A.S.A.), a través de su comité de Terapia del Dolor, publicó en 1977, el primer directorio de clínicas del dolor, en el cual se encontraban 336 clínicas alrededor del mundo, de las cuales 60% estaban en Estados Unidos de Norteamérica, 20% en Europa, 7% en Asia, 7% en Canadá, 6% en Australia y Nueva Zelanda. (5)

Con el advenimiento de las clínicas del dolor, el significado del mismo quedó subordinado a la medicina científica, perdiendo su carácter espiritual, moral, metafísico, artístico y literario. (2)

La creación y proliferación de dicha clínicas ha permitido estudiar los diferentes tipos de dolor crónico, la creación de diversas escalas que permiten hacerlo un poco más objetivo y el conocer todos los factores que se encuentran a su alrededor.(6,7,8,9,10,11)

Se ha demostrado una fuerte relación entre dolor crónico y depresión, y la literatura reporta que el sexo femenino, el bajo ingreso económico, el bajo nivel cultural y el estado civil soltero de una persona son condiciones relacionadas directamente con el estado depresivo de la persona. Sin embargo, también debe considerarse que dentro de los factores que pueden llevar a un estado depresivo está el hecho de que el dolor, sobre todo el crónico, condiciona al paciente a limitarse en la realización de sus actividades diarias, laborales y familiares. (3,12,13)

Para referir pacientes a las clínicas del dolor deben considerarse tres puntos básicos: 1) La discapacidad funcional, 2) el riesgo de una recuperación tardía, 3) depresión significativa. (14)

Los pacientes que ingresan a las clínicas, tienen dolor de más de seis meses de evolución y han sido multitratados.

Los principales diagnósticos de ingreso son: Migrañas, dolor bajo de espalda, fibromialgias, síndromes miofasciales, enfermedades degenerativas, dolor de tipo nervioso. Por ello, a su ingreso deberán ser bien valorados, establecer metas para cada caso y recibir tratamiento multidisciplinario que puede incluir: Desintoxicación, medicación, mejoría de las condiciones físicas, orientación vocacional, orientación psicosocial, y en caso necesario el internamiento del paciente para su atención hasta que pueda ser manejado como externo. (1,14,15,16)

El tratamiento en las clínicas del dolor es diferente en las diversas partes del mundo. En Estados Unidos, los centros de atención se clasifican de la siguiente manera:

- 1) Centros mayores (multidisciplinarios del dolor) los cuales se dedican a todo tipo de problemas dolorosos y ofrecen un amplio rango de modalidades de tratamiento.
- 2) Centros orientados a un síndrome: en ellos se atiende un tipo de dolor en particular (ej. Migrañas, dolor bajo de espalda, etc.)
- 3) Centros orientados a una modalidad de tratamiento; en los cuales se ofrece un solo tipo de tratamiento (ej.: acupuntura, bloqueos nerviosos, etc.) (2,5)

En contraste, en Europa, el tratamiento del dolor se basa en un estudio del doctor Brancken, quien identificó cinco grandes grupos para los aspectos prácticos y teóricos del dolor:

- 1) Dolor somato-técnico: en éste grupo el dolor es orgánico y el tratamiento casi siempre es quirúrgico.
- 2) Dolor por dualidad corporal orientada; el origen es físico-orgánico-social por los que los medios físicos son ideales.
- 3) Dolor por comportamiento, el tratamiento es psicológico ya que se basa en la actitud del paciente ante su dolor.
- 4) Dolor fenomenológico; tiene que ver con las condiciones socioeconómicas del paciente y la actitud del mismo ante ella

- 5) por lo que su tratamiento se basa en apoyo psicológico y por las trabajadoras sociales
- 6) Dolor consciente, su base puede ser orgánica y psicológica, el paciente ha aprendido a vivir con su dolor, el tratamiento puede ser cualquiera (excepto el quirúrgico) y siempre con apoyo psicológico. (2)

La Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), rige las clínicas de dolor en Estados Unidos y sugirió que el término “Clínicas” sea utilizado en lugares de atención a pacientes externos y el término “Centros” para sitios donde se atiende a pacientes internos y se educa a pacientes externos. (2,17,18)

Todos los centros multidisciplinarios del dolor deben contar con un servicio clínico en el cual se atenderá a pacientes internos y externos con personal médicos y paramédico que incluye: anestesiólogos, rehabilitadores, internistas, neurocirujanos, psicólogos, terapistas físicos, ocupacionales, trabajadores sociales, orientadores vocacionales, enfermeras especializadas y médicos en formación. Además contarán con un departamento de investigación en dolor en el que existirán investigadores especializados y los cuales tendrán intercomunicación con otros centros. (1,5,14,15)

De las clínicas del dolor existentes en el mundo, aproximadamente 49% están dirigidas por anestesiólogos, 13% por rehabilitadores, 12% por neurocirujanos, 5% por cirujanos maxilo-faciales, 4% por psiquiatras, 3% por psicólogos, 3% por ortopedistas y 13% restante por otros especialistas. (5)

En los últimos tiempos, y aunque han proliferado nuevas clínicas, aún resultan insuficientes, ya que según Davies (19) algunos pacientes tienen que realizar una espera hasta de tres meses o más para ingresar a una de ellas. Es necesaria la formación y creación de nuevos centros de atención para el manejo de éste tipo de pacientes y su problemática. (14,19,20)

Actualmente, se carece en el Instituto Nacional de Ortopedia (I.N.O.) de un centro de atención para pacientes con dolor crónico de tipo musculoesquelético; en el cual se considere al paciente de una manera integral tomando en cuenta sus necesidades psicológicas, afectivas y sociales permitiendo su recuperación y rehabilitación.

Con base en lo anterior se decidió analizar la incidencia del dolor crónico en la consulta hospitalaria de rehabilitación del Instituto Nacional de Ortopedia, Ello, con el propósito de valorar el número de pacientes que ingresan al servicio de rehabilitación por dolor crónico; conocer las características de la población; identificar el tipo de tratamiento recibido dentro y fuera del INO y describir la evolución del dolor en pacientes. La hipótesis de trabajo consistió en suponer que la incidencia de casos era lo suficientemente grande y trascendente como para justificar y fundamentar el proyecto de crear en el INO una clínica del dolor enfocada al manejo integral de pacientes con dolor crónico del sistema musculoesquelético.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron los expedientes de pacientes que acudieran a la consulta de primera vez del servicio de rehabilitación por dolor crónico (mayor a 8 semanas de evolución), en el período comprendido entre el 1° de septiembre de 1996 al 31 de agosto de 1997. Para los propósitos del análisis, fueron seleccionados únicamente los expedientes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: refiere a pacientes de ambos sexos, pero mayores de 15 años de edad; que el motivo de su consulta fuera por dolor crónico mayor a 8 semanas de evolución y que acudieran a consulta de primera vez en el período estipulado para el estudio. No se incluyeron los expedientes cuyos pacientes acudieron por dolor agudo, menor a 8 semanas de evolución y aquellos en los que el dolor fue consecuencia de una fractura tratada quirúrgica o conservadoramente. Con el fin de tener un panorama lo más exacto posible se tomaron en cuenta sólo los expedientes que contuvieran los siguientes datos: número de expediente, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, sitio del dolor, causa desencadenante, evolución, frecuencia intensidad, duración, tipo de dolor, irradiación, fenómenos acompañantes y disminuyentes, tratamientos previos, tratamientos recibidos en el INO, persistencia o no del dolor y existencia de patologías agregadas.

Los datos fueron recolectados y procesados manualmente, utilizando sábanas de concentración. El procesamiento estadístico fue del tipo descriptivo, incluyendo cálculo de frecuencias, promedios, porcentajes, razones y proporciones.

RESULTADOS:

Se revisaron un total de 1, 469 expedientes de pacientes que acudieron a consulta de primera vez al servicio de rehabilitación, con dolor de tipo crónico (mayor a 8 semanas de evolución) del período comprendido del mes de septiembre de 1996 a Agosto de 1997. Estimándose un total de 4,200 consultas de primera vez en rehabilitación se infiere que la incidencia del dolor crónico (casos nuevos) es del orden del 34% anual.

En términos absolutos y refiriéndose el cálculo sólo a las consultas de primera vez del servicio de rehabilitación, mensualmente ingresan al I.N.O. un promedio de 122 + 25.9 pacientes por dolor crónico.

Del total de expedientes revisados se obtuvo una muestra de 558 (38%) que cumplieran con todos los criterios de inclusión . Al interior de esta muestra, los principales diagnósticos encontrados se presentan en el cuadro 1.

La edad promedio de los pacientes fue de 54.1 años. Aproximadamente el 74% fueron mayores de 44 años, tal como se puede observar en el cuadro 2.

El 73.3% de los pacientes corresponden al sexo femenino; siendo la razón de 3.7: 1 con respecto al sexo masculino. Un poco más de la mitad de los casos (53.5%) son casados, el 25.2% solteros, y un porcentaje no despreciable, 15.2% viudos, datos referidos en el cuadro 3

El 64.8% de los pacientes tiene un escolaridad igual o menor a primaria y sólo un 4.1% una educación profesional; indicado en el cuadro 4.

La mayor parte de los pacientes, correlativo al mayor porcentaje de mujeres, tiene como ocupación el hogar (60.9%) . Un porcentaje mínimo (8.7%) no realiza una actividad laboral y el resto 30.4% desempeñan diversas ocupaciones, como se refiere en el cuadro 5.

Conforme al perfil de los servicios públicos para población abierta, el grueso de los pacientes (73%) se clasifica en los niveles socioeconómicos bajo o medio, según los criterios de trabajo social del I.N.O. como se indica en el cuadro 6.

En relación con las características y semiología del dolor, se obtuvieron los siguientes resultados: En el 70.65 de los casos el sitio de dolor correspondió a miembros inferiores (cuadro 7), fundamentalmente a nivel de rodilla en un 58.1% y cadera 33.5% (cuadro 7-A) . La espalda baja es el otro sitio más importante con el 23% de los casos.

La gran mayoría de los pacientes (76.5%) de los pacientes no identificaron alguna causa aparente que desencadenara el dolor. En los 131 sujetos restantes (23.5%) , la mitad de los casos achacaron el desencadenamiento del dolor a un traumatismo directo (10.3%) y, aproximadamente, la otra mitad (9%) a un traumatismo indirecto.

Respecto a la evolución del dolor cabe subrayar que hasta el 82.8% del total refirió una cronicidad mayor a un año de evolución, los datos se presentan en el cuadro 8.

Un porcentaje similar (86.7%), manifestaron una intensidad de moderada a severa y cerca del 40%, con una frecuencia de constante a variable. La duración y el tipo de dolor no fueron valorables debido al deficiente registro de información en los expedientes. En el 11% de los pacientes se encontró parestesia como fenómeno acompañante del dolor.

La actividad física y la marcha se expusieron como los principales fenómenos exacerbantes (54%) y, en contra parte, el reposo y el uso de medicamentos como fenómenos que lo disminuyen.

El 70.4% de los pacientes habían recibido un tratamiento previo contra el 26.7% que nunca lo había recibido. En más de la mitad de los casos (74%), el tratamiento previo incluyó medicamentos y uso de medios físicos (cuadro 9), siendo la duración del tratamiento entre meses a años hasta en el 63% de los pacientes.

El total de sujetos recibió tratamiento para el dolor en el I.N.O. El 44% de tipo conservador que incluyó: terapia física, medicamentos y ortesis (cuadro 10). En una cuarta parte de éstos, el tiempo de tratamiento excedió los 6 meses (cuadro 11). El 56% fue intervenido quirúrgicamente, sobresaliendo la artroplastía total de cadera, la artroplastía total de rodilla, la artroscopía, osteotomías, fasciotomías y fijación de columna, como se indica en el cuadro 12.

Un poco menos de la mitad (41.2%) de los pacientes refirieron mejoría total del cuadro doloroso. En el resto (58.8%) persistió el cuadro, fundamentalmente entre leve y moderado (207 y 113 casos respectivamente). La frecuencia y duración del dolor no fueron valorables por insuficiente información.

Finalmente, 251 pacientes (45%) tuvieron alguna patología agregada de las cuales sobresalieron hipertensión arterial, gastritis, lumbalgias, radiculopatías, gonartrosis, diabetes mellitus, y osteoporosis, las cuales se refieren en el cuadro 13.

Cuadro 1
Principales diagnósticos en pacientes
Con dolor crónico
Servicio de rehabilitación
Septiembre 1996- agosto 1997

Diagnóstico	No. pacientes	Porcentaje
Gonartrosis	139	25.0
Coxartrosis	105	18.8
Conducto lumbar estrecho	50	9.0
Condromalacia patelofemoral	48	8.6
Lumbalgia	38	6.8
Desviación eje mecánico	26	4.6
Artritis reumatoidea	23	4.1
Espondilolistesis	20	3.5
Hallux valgus	19	3.4
Enf. Articular degenerativa	19	3.4
Otros	71	12.7

Fuente: Archivo clínico del I.N.O.

Cuadro 2
Distribución por grupos de edad
Pacientes con dolor crónico
Servicio de rehabilitación I.N.O.

Edad	No. pacientes	Porcentaje
15 a 24	36	6.4
25 a 34	41	7.3
35 a 44	70	12.5
45 a 54	110	19.7
55 a 64	117	20.9
65 a 74	149	26.7
74 a 84	35	6.2

Fuente: Archivo clínico del I.N.O.

Cuadro 3
Estado civil de pacientes con dolor crónico
Servicio de rehabilitación I.N.O.

Estado civil	No. Pacientes	Porcentaje
Solteros	141	25.2
Casados	299	53.5
Divorciados	21	3.7
Viudos	85	15.2
Unión libre	12	2.1

Fuente: Archivo clínico I.N.O.

Cuadro 4
Escolaridad de la población con dolor crónico
Servicio Rehabilitación. I.N.O.

Escolaridad	No. Pacientes	Porcentaje
Analfabetas	42	7.5
Alfabetas	121	21.6
Primaria	199	35.6
Secundaria	103	18.4
Educación media	70	12.5
Educación profesional	23	4.1

Fuente: Archivo clínico del I.N.O

Cuadro 5
Ocupación de la población con dolor crónico
Servicio de rehabilitación I.N.O.

Ocupación	No. Pacientes	Porcentaje
Hogar	340	60.9
Empleados	43	7.7
Comerciantes	42	7.5
Desempleados	37	6.6
Independientes	30	5.3
Estudiantes	24	4.3
Campeños	14	2.5
Jubilados	12	2.1
Obreros	8	1.4
Religiosos	8	1.4

Fuente: Archivo clínico del I.N.O.

Cuadro 6
Distribución de nivel socio-económico
Pacientes con dolor crónico
Servicio de rehabilitación I.N.O.

Nivel socioeconómico	No. Pacientes	Porcentaje
Exentos	2	0.35
A	78	13.9
B	247	44.2
C	184	32.9
D	47	8.4
E	0	0

Fuente: Archivo clínico del I.N.O.

Cuadro 7
Distribución de sitios de dolor
Pacientes con dolor crónico
Servicio de rehabilitación I.N.O.

Sitio de dolor	No. Pacientes	Porcentaje
Miembros inferiores	394	70.6
Espalda baja	128	23.0
Miembros superiores	23	4.1
Cuello	13	2.3

Fuente: Archivo clínico I.N.O.

Cuadro 7-A
 Sitios más afectados por dolor en miembros inferiores
 Pacientes con dolor crónico
 Servicio de rehabilitación. I.N.O.

Sitio de dolor	No. Pacientes	Porcentaje
Rodilla	229	58.1
Cadera	132	33.5
Pie	33	8.3

Fuente: Archivo clínico del I.N.O.

Cuadro 8
 Tiempo de evolución del dolor
 Pacientes con dolor crónico
 Servicio de rehabilitación I.N.O.

Tiempo	No. Pacientes	Porcentaje
2 a 6 meses	57	10.2
7 a 11 meses	30	5.3
1 a 3 años	212	37.9
Más de 3 años	251	44.9
Se ignora	8	1.4

Fuente: Archivo clínico del I.N.O.

Cuadro 9

Tipo de tratamiento recibido por pacientes con dolor crónico previo a su ingreso al servicio de rehabilitación del I.N.O.

Tratamiento	No. Pacientes	Porcentaje
Medicamentos	328	58.7
Medios físicos	87	15.5
Otros	38	6.8
Cirugía	36	6.4

Fuente: Archivo clínico del I.N.O.

Cuadro 10

Tipo de tratamiento conservador aplicado a pacientes con dolor crónico en el servicio de rehabilitación del I.N.O.

Tratamiento	No. Pacientes	Porcentaje
Terapia física	245	100
Medicamentos	207	84.4
Ortesis	20	8.1

Fuente: Archivo clínico del I.N.O.

Cuadro 11

Duración del tratamiento conservador aplicado a pacientes con dolor crónico en el servicio de rehabilitación del I.N.O.

Tiempo	No. Pacientes	Porcentaje
1 a 3 meses	93	37.6
4 a 6 meses	89	35.5
7 a 9 meses	27	11.0
10 a 12 meses	22	8.9
Más de un año	14	5.7

Fuente: Archivo clínico del I.N.O.

Cuadro 12

Tipos de tratamiento quirúrgico aplicados a pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de rehabilitación del I.N.O.

Tratamiento	No. Pacientes	Porcentaje
A.T.C.	95	30.3
A.T.R.	50	15.9
Artroscopías	49	15.6
Osteotomías	48	15.3
Fijación columna	23	7.3
Fasciotomías	13	4.1
Disectomías	7	2.2
Liberación poleas	5	1.5
Tenotomías	5	1.5
Artrodesis	5	1.5
Otras	11	3.5

Fuente: Archivo clínico I.N.O.

Cuadro 13
 Patologías agregadas en pacientes con dolor crónico
 atendidos en el servicio de rehabilitación del I.N.O.

Patología	No. Pacientes	Porcentaje
Hipertensión arterial	76	13.6
Gastritis	33	5.9
Lumbalgias	30	5.3
Radiculopatías	20	3.5
Gonartrosis	14	2.5
Diabetes mellitus	11	1.9
Osteoporosis	10	1.7
Alergias	9	1.6
Enf. Articular degenerativa	7	1.2
Insuficiencia venosa	6	1.0
Otras	29	5.1

Fuente: Archivo clínico del I.N.O.

DISCUSION:

En el Instituto Nacional de Ortopedia se encontró una incidencia de dolor crónico de 34%, con un ingreso mensual promedio de 122 casos promedio al servicio de rehabilitación. Con respecto a lo anterior, no existen estudios epidemiológicos en ningún país, sin embargo, hay algunos autores (5) que reportan de un 25 a un 30% de la población en países industrializados que sufren dolor crónico y de dicha cifra más de la mitad se encuentra con discapacidad parcial o total y que va desde algunos días hasta ser permanente.

Davies (19), reporta un aproximado 10% de la población general con dolor crónico.

En relación con los diagnósticos o patologías que presentan dolor musculoesquelético crónico encontramos en los primeros lugares a la gonartrosis, coxartrosis y dolor bajo de espalda, lo cual a pesar de no existir datos epidemiológicos acerca de la prevalencia y afectación socio-económica como consecuencia del dolor crónico, coincide con datos de diversos países (Estados Unidos, Gran Bretaña, Alemania, Italia, Escandinavia, Israel y Australia), quienes describen como patologías principales al dolor bajo de espalda, migrañas y otras cefalalgias, osteoartritis, problemas reumáticos musculoesqueléticos, cáncer, dolor dental y orofacial, dolor cardiaco y otros. (4,16,21).

Los Estados Unidos específicamente, nos hablan de que 66 millones de norteamericanos sufren de problemas relacionados con osteoartritis, artritis reumatoidea y otros problemas musculoesqueléticos, 31 millones padece de dolor bajo de espalda y que de ellos una tercera parte requiere de tratamientos médicos y limitación de su actividades. (4)

ESTA TASA NO PUEDE
CALIBRARSE DE LA BIOMÉTRICA

Por otro lado, el sexo parece tener una relación importante con la incidencia del dolor crónico. El hecho de que en las clínicas del dolor existan mayor número de pacientes femeninos no es raro, esto se debe a que la mujer considera su problemática más seriamente ya que considera el aspecto psicológico- afectivo puede tener relación con su patología (2). Los datos obtenidos en el estudio indican que la mayor parte que ingresan por primera vez al servicio de rehabilitación del I.N.O. por dolor crónico son del sexo femenino, dedicadas al hogar, casadas, y de nivel económico, social y cultural medio-bajo.

La limitación en cuanto a las actividades diarias, laborales y sociales es un factor directamente relacionado con el dolor, sobre todo el de tipo crónico (22). Crook (21) habla acerca de una relación inversamente proporcional entre dolor y tiempo de incapacidad, refiere que posterior a 2 meses de ausencia del trabajo el 70% de los pacientes logrará reintegrarse, a los 6 meses el 50%, a los 12 meses el 30% y después de 2 años sólo el 10%. Menciona además que dentro de los factores relacionados con el retorno al trabajo se encuentran el estado psicológico y social del paciente, la lateralidad del paciente y en consecuencia la disminución de las aptitudes para realizar el trabajo y la posibilidad de cambiar de ocupación (23,24,25). De la población laboralmente activa, las mujeres se reintegran en una proporción 1:3 con relación a los hombres, sin embargo, son más capaces de permanecer en el mismo una vez que se reincorporan, debido básicamente a sus condiciones psicológicas (estabilidad emotiva). (26,27)

Lo anterior se vuelve más importante si recordamos que la población de nuestro estudio es en su mayoría femenina, en un 82.8% con cronicidad mayor a un año y con ocupación en el hogar.

CONCLUSIONES:

1. La incidencia de pacientes con dolor crónico en el servicio de rehabilitación del Instituto Nacional de Ortopedia es de 34% anual, con un promedio mensual de 122+-25.9 pacientes, lo cual justifica el proyecto de crear en el Instituto una clínica del dolor enfocada a pacientes con problemas del sistema musculoesquelético.
2. La mayor parte de los pacientes fueron mujeres, con ocupación en el hogar, edad promedio de 54 años, casadas, escolaridad baja y nivel social y económico medio-bajo.
3. Más del 80% de los pacientes ingresan a la consulta del I.N.O. con una cronicidad mayor a un año de evolución.
4. El principal tratamiento utilizado tanto previamente como dentro del Instituto son los medicamentos analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos.
5. Con base en los resultados obtenidos se proponen nuevas investigaciones para valorar objetivamente la semiología y evolución del dolor en éste tipo de pacientes, las diversas modalidades de tratamiento, así como las características con las que deberá contar la clínica propuesta.

REFERENCIAS:

1. Sanstrom J. Return to work after rehabilitation. *Scand J Rehab Med.* 1986; 18:29-33.
2. Bendelow G. The end of the road? Lay views on a pain-relief clinic. *Soc Sci Med.* 1996;43 (7): 1127-36.
3. Holzberg A. The effects of depression and chronic pain on psychosocial functioning. *Clin J Pain.* 1996;12:118-25.
4. Bonica J. The management of pain. Seg. Ed. Vol I, cap 8. Edi. Lea and Febiger. Philadelphia, London. 1990.
5. Bonica J. The management of pain. Seg Ed. Vol I, cap 9, Edi. Lea and Febiger. Philadelphia, London. 1990..
6. Doleys D. Evaluation, narcotics and behavioral treatment influence on pain ratings in chronic pain patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 1986;67:456-58.
7. Towery S. Reclassification and rescaling of McGill pain questionnaire verbal descriptions of pain sensation. A replication. *Clin J Pain.* 1996;12:270-76.
8. Weistberg C. The reliability of three active motor tests used in painful shoulder disorders. Presentation of a method of general applicability for the analysis of reliability in the presence of pain. *Scand J Rehab Med.* 1996;28:63-70.
9. Britton A. Pain levels after total hip replacement. *J Bone Joint Surg.* 1997;79B(1):93-98.

10. Galer B. Development and preliminary validation of pain measure for neuropathic pain: The neuropathic pain scale. *Neurology* 1997;48:332-38.
11. Dworking R. Chronic pain and disease conviction. *Clin J Pain*.1996; 12 (2):111-17.
12. Mc Grath P. Psychological barriers to optimal pain management in infants and children. *Clin J Pain*. 1996; 12: 135-41.
13. Weir R. Gender differences in psychosocial adjustment to chronic pain and expenditures for health care services used. *Clin J Pain*. 1996;12: 277-90
14. Crook J. Pain clinics. *Rheum Dis Clin North Am*. 1996; 22 (3): 599-611.
15. Sternbach R. TENS: A pain management alternative. The clinical monograph of TENS. 1984, La Jolla Tech.
16. Benett R. Fibromyalgia and the disability dilemma. *Arthritis and Rheumatism*.1996;39 (10):1627-34.
17. Bonica J. The management of pain . Seg Ed. Vol II, cap 100. Edi Lea and Febiger. Philadelphia, London. 1990.
18. Kellet K. Effects of and exercise program on sick leave due to back pain. *Phys Ther*. 1991;71 (4): 283-92.
19. Davies H. Waiting in pain. *Anaesthesia*. 1994; 49: 661-65
20. Davies H. Audit in pain clinics. *Anaesthesia*. 1996; 51: 641-46.

21. Crook J. Epidemiologic comparison of persistent pain sufferers in a specialty pain clinic and in the community. *Arch Phys Med Rehabil.* 1986; 67: 451-55.
22. Arnaff G. Pain centers. A revolution in health care. Raven Press. New York, U.S.A. 1996-
23. Gagliase L. Differential consequences of left-and right-sided chronic pain. *Clin J Pain.* 1995; 11(3): 201-207.
24. Fishbain D. I. Do chronic pain patients perceptions about their preinjury jobs determine their intent to return to the same type of job post-pain facility treatment? *J Clin Pain.*1995; 11 (4):267-78.
25. Rosomoff H. II: Do chronic pain patients perceptions about their preinjury jobs differ as a function of worker compensation and non-worker compensation status?. *J Clin Pain.* 1995;11(4):279-86.
26. Sandstrom J. Clinical and social function in rehabilitation of patients with chronic low back pain. *Scand J Rehab* 1986;18:35-43.
27. Yelin E. Work disability among persons with musculoskeletal conditions. *Arthritis and Rheumatism.*1986; 29(11):1322-33.