



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado
Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**“Evaluación de la funcionalidad y síntomas depresivos
en pacientes adultos mayores con dolor persistente en
el Servicio de Geriátrica del Centro Médico Naval”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Geriátrica

AUTOR

Juan Carlos MONTOYA MANRIQUE

ASESOR

José Francisco David PARODI GARCÍA

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Montoya J. Evaluación de la funcionalidad y síntomas depresivos en pacientes adultos mayores con dolor persistente en el Servicio de Geriátrica del Centro Médico Naval [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2007.

INDICE

	Pág.
I.- RESUMEN	3
II.- INTRODUCCIÓN	4
III.- MATERIAL Y MÉTODOS	6
IV.- RESULTADOS	7
V.- DISCUSIÓN	8
VI.- CONCLUSIONES	13
VII.- RECOMENDACIONES	13
VIII.- REFERENCIAS	14
IX.- ANEXOS	18

**“EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DOLOR PERSISTENTE EN EL
SERVICIO DE GERIATRÍA DEL CENTRO MÉDICO NAVAL”**

AUTOR: Juan Carlos Montoya Manrique
Médico Egresado de la Residencia de Geriatria

ASESOR: José Francisco Parodi García
Especialista en Geriatria
Maestro en Salud Pública con mención en Epidemiología

I.-RESUMEN

El presente estudio descriptivo tiene por objetivo describir las características funcionales y síntomas depresivos del paciente adulto mayor con dolor persistente que acuden al consultorio externo del Servicio de Geriatria del Centro Médico Naval “CMST”.

Se entrevistaron 226 personas adultas mayores de las cuales 155 (69%) presentaron dolor persistente. Los síntomas depresivos estuvieron presentes en el 21% de los encuestados. El dolor estuvo asociado con discapacidad en el 30% de encuestados. Las actividades básicas que se dejaron de hacer por dolor fueron caminar (11.6%), vestirse (8.3%) y bañarse (6.4%).

Conclusiones: El dolor persistente tiene una frecuencia importante entre los pacientes del Centro Geriátrico Naval. La frecuencia de pacientes con compromiso funcional fue del 30%. La frecuencia de pacientes con síntomas depresivos fue de 21%.

Palabras claves: Dolor. Adulto Mayor. Depresión

I.-INTRODUCCIÓN.

Mundialmente se ha descrito un proceso de transición demográfica por el cual la proporción de Adultos Mayores es cada vez mayor con respecto a los jóvenes. Este proceso de envejecimiento en América Latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad, mortalidad, natalidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años, de 204 millones en 1950 a 577 millones en 1998, estimándose que para el año 2050, este grupo poblacional pueda llegar a cerca de 1900 millones. En el Perú si bien es cierto, los adultos mayores siguen siendo un grupo minoritario de la sociedad, la estructura demográfica está cambiando. En el año 1993 había cerca de 1'543,687 AM en el Perú y se espera que para este año sean aproximadamente 2'176,139.¹ Paralelamente, se viene produciendo un proceso de transición epidemiológica por el cual el patrón de las enfermedades predominantes va cambiando de infecciosas a crónicas degenerativas.

A la vez que se incrementa la esperanza de vida se está creando, un ejército de personas dependientes, con enfermedades crónicas e incapacitantes que deben ser objeto de nuestra atención, prevención y solución de sus problemas. Muchas de estas enfermedades cursan con dolor y éste es en ocasiones el que perjudica en mayor medida la calidad de vida y la autovalencia, siendo inclusive una de las entradas al circuito de la fragilidad.

El dolor crónico se define como sensación y experiencia emocional desagradable de un individuo². En el año 2002 la Sociedad Americana de Geriátría, propone el uso del término “dolor persistente” en lugar del de “dolor crónico” al referirse a la experiencia dolorosa que continúe por un período prolongado de tiempo que puede o no estar asociado a un proceso patológico identificado. El uso del término “crónico” ha sido ligado frecuentemente en medicina a enfermedades psiquiátricas de larga data y de tratamiento fútil, condicionando un problema conductual negativo en los profesionales de salud. El uso del término “persistente” reforzaría una actitud terapéutica positiva en cuanto a abordaje y manejo de este síntoma.³

La Geriátría tiene como herramienta fundamental de su labor a la Valoración Geriátrica Integral, la cual evalúa al adulto mayor no sólo desde el punto de vista biomédico sino también los aspectos psicológicos y sociales; teniendo como objetivo principal a la capacidad funcional. El dolor es un problema universal que tiene especial importancia y prevalencia en el adulto mayor frecuentemente asociado a enfermedades crónicas degenerativas, y con gran impacto en las dimensiones de la valoración geriátrica integral. En ocasiones el dolor es considerado sólo desde el punto de vista físico olvidando las implicancias sobre el estado psicológico^{4 5 6 7 8} y funcional^{9 10 11 12 13}, elementos determinantes a tener en cuenta en el concepto de salud.

Por lo antes expuesto el objetivo del presente estudio es describir las características funcionales y síntomas depresivos del paciente adulto mayor con dolor persistente que acuden al consultorio externo del Servicio de Geriátría del Centro Médico Naval “CMST”.

II.-MATERIAL Y MÉTODO:

El presente estudio es descriptivo de corte transversal, y se realizó con los pacientes adultos mayores ambulatorios que acudieron al consultorio externo del Servicio de Geriátrica del Centro Médico Naval “CMST” durante el periodo de estudio (diciembre del 2006 a marzo del 2007).

Para tal fin se diseñó un instrumento donde se consignaron los datos y variables motivos del estudio (Anexo 1), la cual fue aplicada por el investigador principal y dos secundarios capacitados. Asimismo se hizo firmar a cada encuestado una ficha de consentimiento informado (Anexo 2) con la que se autorizaba su participación en el estudio.

El estado funcional fue medido a través del índice de Katz^{14 15} y el los síntomas depresivos se valoraron a través de la escala de Yesavage¹⁶ de 5 preguntas

Se elaboró una base de datos electrónica. Para ello, empleamos el software estadístico SPSS v 11.0 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo univariado de los datos y se representaron en números absolutos, promedios, frecuencia y porcentajes, dependiendo de la naturaleza de la variable.

III.- RESULTADOS

Se entrevistaron 226 personas adultas mayores de las cuales 155 (69%) presentaron dolor persistente. El 39% y el 61% fueron de sexo femenino y masculino respectivamente. La edad promedio fue 71 (60 – 93). La distribución por grupo etáreo se muestra en el gráfico 1. Las patologías más frecuentes que presentaban los pacientes encuestados fueron artrosis (55%) y enfermedad ulcero péptica (51%). (Gráfico 2). Las regiones del cuerpo más afectadas fueron la rodilla (30%), el hombro (25%) y la zona lumbar (21%). (Gráfico 3). Respecto a la intensidad del dolor el 7% tuvo dolor muy severo, el 27% severo y el 45% moderado. Así mismo el 49% refirió haberlo tenido por más de 6 meses. Ver Gráficos 4 y 5. Muchos de los pacientes refirieron haber acudido en varias ocasiones por dolor tanto a geriatría como a otras especialidades. Ver Gráfico 6. Los fármacos más utilizados para el dolor fueron paracetamol (57%), diclofenaco (52%) y orfenadrina (21%). (Gráfico 7). Los síntomas depresivos estuvieron presentes en el 21% de los que tuvieron dolor persistente como se aprecia en el Gráfico 8. El 68% refirió que el dolor le ocasionaba trastornos del sueño, mientras que el 34% refirió que el dolor le impedía acudir a sus reuniones sociales y/o familiares. El 8% precisó que el dolor había afectado su relación con la familia. El dolor persistente estuvo asociado con discapacidad en el 30% de encuestados. Las actividades básicas que se dejaron de hacer por dolor fueron caminar (11.6%), vestirse (8.3%) y bañarse (6.4%) (Gráfico 9).

IV.- DISCUSIÓN:

Entre un 50 – 80% de la población mayor de 65 años presenta dolor^{17.18} En nuestro estudio la frecuencia de dolor coincide con este intervalo y fue del 69%, existiendo un sesgo en lo que a porcentajes de hombres y mujeres se refiere, si consideramos que los adultos mayores que acude a consulta externa de geriatría pertenece a una población hospitalaria cautiva en su mayoría conformada por personal naval en retiro de sexo masculino.

Las patologías más frecuentes que presentaban los pacientes encuestados fueron artrosis (55%) y enfermedad ulcero péptica (51%), lo primero coincide con lo publicado en la literatura donde se reporta que la causa más frecuente de dolor persistente es la patología osteoarticular en cualquiera de sus manifestaciones, y es también la que condiciona el mayor consumo de fármacos analgésicos,^{19 20}. Teniendo en cuenta la elevada frecuencia en el consumo de antiinflamatorios no esteroides en nuestro estudio, donde el más utilizado fue y diclofenaco (52%), esto podría explicar por qué la segunda patología más frecuente fue la enfermedad ácido péptica. Podemos observar también que la medicación no ha sido exclusivamente prescrita por geriatría sino por las otras especialidades visitadas como son medicina física, traumatología, medicina interna, etc. La autoprescripción fue de 49%.

La discapacidad, se ha definido en la literatura como toda restricción o falta (resultante de una deficiencia) de capacidad para enfrentar una actividad de la manera o dentro de los márgenes que se consideran normales²¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS),

considera que las Actividades de la Vida Diaria (AVD) constituyen el indicador más importante para medir el funcionamiento en el anciano²²

El dolor en nuestro estudio se asoció a discapacidad global en el 30% de los casos. Bayarre et al en 28215 ancianos de un distrito de Cuba constató una discapacidad física del 24.9%²³. Pardavilla, en 1989, estimó que entre el 15 y el 20 % de los ancianos de la población española tenía problemas para realizar las actividades de la vida diaria²⁴, Pearlman y Utilman, en 1988, encontraron una prevalencia del 15 % de discapacidad física en ancianos aquejados de enfermedades crónicas²⁵ otros, reportaron que el 24 % de los ancianos refieren que sus problemas de salud (enfermedades crónicas), interfieren con sus actividades²⁶, lo cual coincide con lo encontrado en este estudio.

Existen pocos trabajos que evalúen las actividades relacionadas con la vida diaria en la comunidad. Recientemente, en un trabajo realizado por Varela y colaboradores en el que se utilizó este indicador como parte de la valoración geriátrica integral, se halló que el 53% de los adultos mayores hospitalizados era autónomo (con un puntaje de 0 en la escala de Katz); el 30% era dependiente parcial (puntaje entre 1 a 5) y el 17% era dependiente total (puntaje de 6 en la escala de Katz) ²⁷.

Asimismo, en este estudio se encontró que las actividades de la vida diaria más comprometidas fueron bañarse, en el 44.5% de los adultos mayores hospitalizados; vestirse, en el 39% e ir al baño, en el 36.5%.

En ninguno de los estudios mencionados se consigna al dolor como causal de la discapacidad. En nuestro estudio en cambio, las actividades básicas de vida diaria que “se dejaron de hacer *por dolor*” fueron caminar (11.6%), vestirse (8.3%) y bañarse (6.4%)

(Gráfico 9). Si nos preguntáramos cuales son los condicionantes físicos que influyen en la generación de estas discapacidades podremos apreciar en nuestros resultados que las regiones del cuerpo más afectadas por dolor fueron la rodilla (30%), el hombro (25%) y la zona lumbar (21%). (Gráfico 3).

El diagnóstico del dolor exige el mismo grado de rigor que otras entidades, como el síndrome confusional o la incontinencia. De toda la comorbilidad asociada que es típica en el paciente geriátrico, la demencia es la que interfiere con más frecuencia, alterando la manifestación clínica del dolor conforme avanza el proceso de deterioro. No está claro que estos hallazgos reflejen una disminución en la experiencia del dolor, sino en la forma en que el paciente reacciona frente a éste^{28, 29, 30, 31}, es por ello que en este estudio hemos preferido excluir al paciente con deterioro cognitivo; lo cual no significa que de deba menospreciar el dolor en los pacientes dementes.

El dolor persistente tiene estrechos componentes psicológicos, emocionales y sociológicos; se ha demostrado una fuerte relación entre él, la depresión y la ansiedad en grupos de todas las edades³². Esta relación es compleja, interactiva y poco entendida. Los efectos a largo plazo, en el bienestar físico, psicológico y social de un individuo, hacen que una persona adolorida crónicamente sea más propensa a la depresión, sobre todo si es mayor. Asimismo, un enfermo deprimido puede demorarse más para recuperarse y eso puede alterar su experiencia frente al dolor.

El impacto emocional es sin duda lo que más afecta a la población anciana. Según Trevor M. Corran y M. J. Ferrell (Australia)³³, este aspecto es el mayor peligro para el adulto mayor, le crea el sentimiento de incapacidad total y en definitiva, se inmoviliza por temor al dolor y el proceso de disfuncionalidad se desencadena con relativa facilidad^{34 35 36 37 38}

En nuestro estudio observamos que los síntomas depresivos están presentes en 32 de los 155 adultos mayores que consultan por dolor, lo que representa el 21% de dicha población.

Esta cifra está muy por encima de la prevalencia de depresión encontrada en la población de adultos mayores en los Estados Unidos reportada entre el 2 al 3%.

Así mismo en el Estudio epidemiológico metropolitano de Salud Mental realizado en la ciudad de Lima en el 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi se encontró que la prevalencia actual de depresión en la población adulta mayor es de 9.8%, una prevalencia mayor que la hallada en jóvenes (8.6%) y en adultos (6.6%)³⁹.

Es importante tener en cuenta la asociación entre dolor y depresión ya que el síndrome doloroso que acompaña a varias de las enfermedades propias de este grupo poblacional se caracteriza por el escaso componente neurovegetativo y por un marcado compromiso psicológico que suele desembocar en depresión con *ideación suicida* especialmente luego de la desesperanza que invade al paciente como consecuencia del gran número de consultas médicas realizadas y tratamientos recibidos sin solución a sus padecimientos. Por lo tanto, el binomio dolor persistente y depresión en este grupo etéreo es altamente frecuente. No obstante, debe recordarse que un paciente con dolor persistente puede padecer en realidad una depresión enmascarada, con ausencia de los síntomas depresivos clásicos, lo que eleva considerablemente la potencialidad suicidógena de estos cuadros. Como la prevalencia de enfermedad física se incrementa con la edad, la presencia de enfermedad orgánica es significativamente mayor en los ancianos suicidas que en los suicidios consumados de otros grupos etéreos. Sin embargo el factor desencadenante en la aparición de la conducta suicida

no es la enfermedad orgánica en sí, sino la existencia de un trastorno depresivo concomitante^{40 41}.

En nuestro estudio otros condicionantes no menos importantes que pueden influir en la frecuencia de síntomas depresivos observada es que el 68% de encuestados refirió que el dolor le ocasionaba trastornos del sueño, mientras que el 34% refirió que el dolor le impedía acudir a sus reuniones sociales y/o familiares. El 8% precisó que el dolor había afectado su relación con la familia.

Finalmente es importante recordar que el dolor, así como cualquier enfermedad orgánica de curso crónico, debe de ser evaluada dentro de una valoración geriátrica integral, de esta manera el dolor no será tratado de forma aislada como un síntoma más sino en el contexto de un paciente adulto mayor que sufre, se deprime y se inmoviliza progresivamente, generando en su entorno familiar una sobrecarga que se hace difícil de manejar⁴².

La salud y la calidad de vida deben verse con una visión multidimensional donde la sensación de bienestar no puede ser sólo física sino como un resultado de la integración de lo biológico, psicológico, social y ambiental donde una persona sea autovalente y se mantenga con una participación activa en un entorno seguro.

V.- CONCLUSIONES

1. La frecuencia de pacientes con compromiso funcional fue del 30%
2. La frecuencia de pacientes con síntomas depresivos fue de 21%
3. El dolor persistente tiene una frecuencia importante entre los pacientes del Centro Geriátrico Naval.

VI.- RECOMENDACIONES

Siendo el dolor una sensación física desagradable también afecta frecuentemente las otras dimensiones de la valoración geriátrica integral (psicológica, social y funcional), así como la calidad del sueño. Todos estos elementos determinantes en la calidad de vida. Por lo tanto, se recomienda que se deba detectar, valorar y manejar de forma óptima este síntoma, que tiene una prevalencia alta, en una población que va rápidamente en aumento. Esto implica programas preventivos y estudios analíticos de las patologías que representan las etiologías más frecuentemente responsables del dolor, así como, la capacitación del recurso humano en salud para su correcto abordaje y manejo. Dada la multidimensionalidad del problema este recurso humano debe implicar también a profesionales de salud no médicos (psicólogos, terapeutas, etc.) y la mejora de los recursos sociales y de rehabilitación.

VI.-REFERENCIAS

-
- ¹ INEI. Encuesta Nacional de Hogares 1996. www.inei.org.pe
 - ² International Association for the Study of Pain (IASP) 1994
 - ³ AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The Management of Persistent Pain in Older Persons. American Geriatrics Society. J Am Geriatrics Soc 2002; 50; 6:1-20.
 - ⁴ Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. J Pain Symptom Manage 1995;10(8):591-598.
 - ⁵ Magni G, Schifano F, De Leo D: Pain as a symptom in elderly depressed patients. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 235:143, 1985
 - ⁶ Magni G, Marchetti M, Moreschi C, et al: Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. Pain 53 .
 - ⁷ Shawn R. Currie et al.Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. Pain, Volume 107, Issues 1-2, January 2004, Pages 54-60
 - ⁸ Casten RJ, Parmelee PA, Kleban MH, et al: The relationship among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. Pain 61:271, 1995
 - ⁹ Ebrahim S, Brittis S, Wu A: The valuation of states of ill health: The impact of age and disability. Age Ageing 20:37, 1991
 - ¹⁰ Benvenuti F, Ferrucci L, Guralnik JM, et al: Foot pain and disability in older persons: An epidemiologic survey. J Am Geriatr Soc 43:479, 1995
 - ¹¹ Suzanne G. Leveille, J. Et al. The pathway from musculoskeletal *pain* to mobility difficulty in older disabled women. Pain, Volume 128, Issues 1-2, March 2007, Pages 69-77
 - ¹² Gibson SJ, Katz B, Corran TM, Farrell MJ, Helme RD. Pain in older persons. Disabil Rehabil 1994; 16; 127-139
 - ¹³ Maestre JA. Dismovilidad e inmovilidad en el anciano. En Medicina geriátrica. Reyes-Ortiz CA, Moreno CH (eds.). Cali: Editorial Catorse, 1999. Pp. 399-405.
 - ¹⁴ Katz S, Down TD, Cash HR, et al. Progress in development of the index of ADL. The gerontologist 1970; p. 20-30.
 - ¹⁵ Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standardized measures of biological and psychological function. JAMA 1963; 185: 914-919.
 - ¹⁶ Rinaldi, P; Mecocci,P. Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in Elderly Subjects in Three Different Settings. J Am Geriatric Soc 51:694–698, 2003.
 - ¹⁷ Connelly P. The management of chronic pain in older persons. JAGS 1998; 46: 635-51.
 - ¹⁸ Lamberg L. New guidelines on managing chronic pain in older persons. JAMA 1998; 280: 331.
 - ¹⁹ Robert L. Barkin, PharmD, Perception, Assessment, Treatment, and Management of Pain in the Elderly. Clin Geriatric Med 21 (2005) 465– 490
 - ²⁰ Benvenuti F, Ferrucci L, Guralnik JM, et al: Foot pain and disability in older persons: An epidemiologic survey. J Am Geriatr Soc 43:479, 1995
 - ²¹ Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de deficiencias, incapacidad y minusvalidez. Ginebra:OMS,1986
 - ²² Organización Mundial de la Salud. Services to prevent disability in the elderly. Euro report and studies No.83, 1982:13.
 - ²³ Bayarre Vea, H; Fernandez Fente, A; Trujillo Gras, O; *et al.* Prevalencia de discapacidad física en ancianos del Municipio Playa: 1996 (Parte I). *Rev Cubana Salud Pública*, ene.-jun. 1999, vol.25, no.1, p.16-29. ISSN 0864-3466.

-
- ²⁴ Pardavilla B. Aproximación a las necesidades de ayuda a domicilio y plazas residenciales en la población española mayor de 65 años. *Rev Serv Social Pol Soc* 1989; 28-37.
- ²⁵ Pearlman RA, Utilman RF. Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. *J Gerontol* 1988; 43:25-30.
- ²⁶ Felsenthal G, Lehman J, Stein B. Principles of geriatric rehabilitation. In *Physical medicine & rehabilitation*. Braddom R (Ed.). 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 2000. Pp. 1343-1367
- ²⁷ Valoración geriátrica integral en Adultos mayores hospitalizados a nivel nacional, 2003; *Diagnóstico* Vol. 43, Núm. 2, marzo-abril 2004.
- ²⁸ Keela H, Sheila D. Assessment of Pain in Older Adults With Severe Cognitive Impairment. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging* 2004;12[4]:46-52)
- ²⁹ Fisher-Morris M, Gellatly A. The experience and expression of pain in Alzheimer's patients. *Age Ageing* 1997; 26:497-500.
- ³⁰ Huffman J, Kunik M. Assessment and understanding of pain in patients with dementia. *Gerontologist* 2000; 40(5):574-581.
- ³¹ Parmelee PA. Pain in cognitively impaired older persons. *Clin Geriatrics Med* 1996;12(3):473-487.
- ³² AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of chronic pain in older persons. *J Am Geriatric Soc* 1998; 46: 635-651.
- ³³ Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10(8):591-598.
- ³⁴ Ebrahim S, Brittis S, Wu A: The valuation of states of ill health: The impact of age and disability. *Age Ageing* 20:37, 1991
- ³⁵ Magni G, Schifano F, De Leo D: Pain as a symptom in elderly depressed patients. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 235:143, 1985
- ³⁶ Magni G, Marchetti M, Moreschi C, et al: Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. *Pain* 53.
- ³⁷ Shawn R. Currie et al. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, Volume 107, Issues 1-2, January 2004, Pages 54-60
- ³⁸ Casten RJ, Parmelee PA, Kleban MH, et al: The relationship among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. *Pain* 61:271, 1995.
- ³⁹ Estudio epidemiológico metropolitano de Salud Mental, 2002.
- ⁴⁰ Duberstein, P.R. : Age and suicidal ideation in older inpatients. *New Research*, American Psychiatric Association, Annual Meeting, Toronto, Canada, Junio, 1998.
- ⁴¹ Bobes García J.; González Seijo; Saiz Martínez P.: *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Ed. Masson, Madrid, 1998.

VII.- ANEXOS

Distribución por edad y sexo de los Adultos Mayores atendidos por dolor

(n=155)

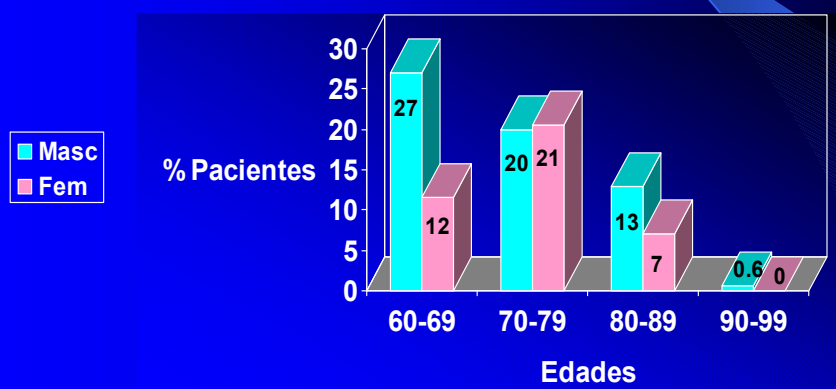
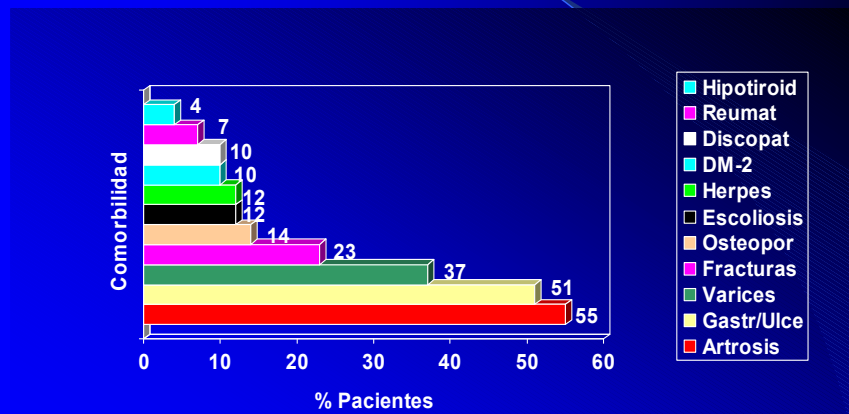


Gráfico 1

Frecuencia de Comorbilidades en pacientes con Dolor



Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Centro Geriátrico Naval. Abril-Junio 2001

JCM/JSA

Gráfico 2

Regiones afectadas por dolor

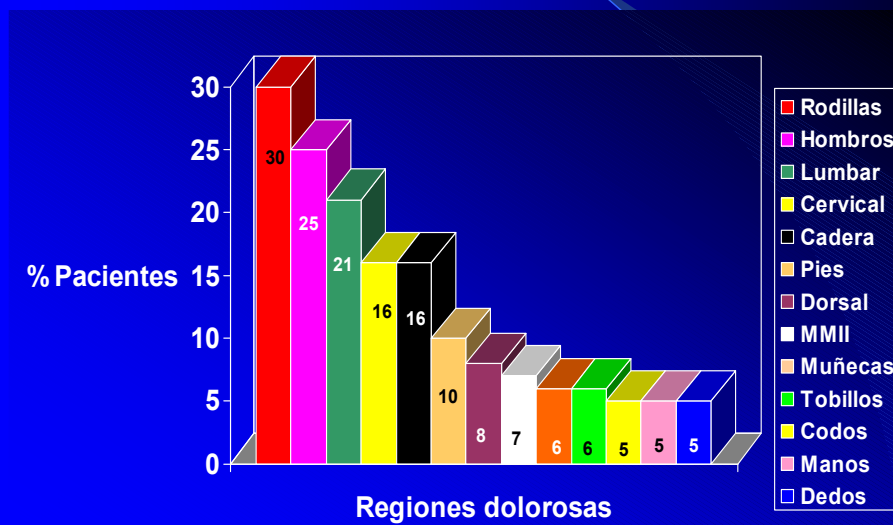


Gráfico 3

Tiempo de evolución del dolor en los Adultos Mayores atendidos

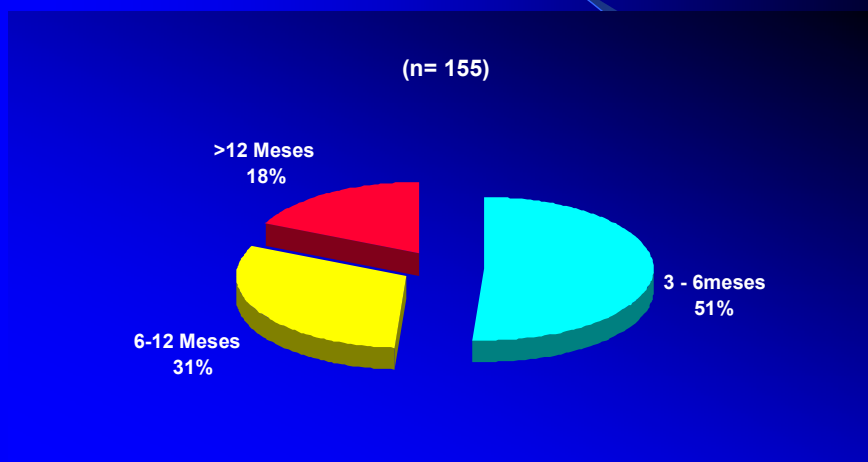


Gráfico 4

Intensidad global del dolor en los Adultos Mayores evaluados

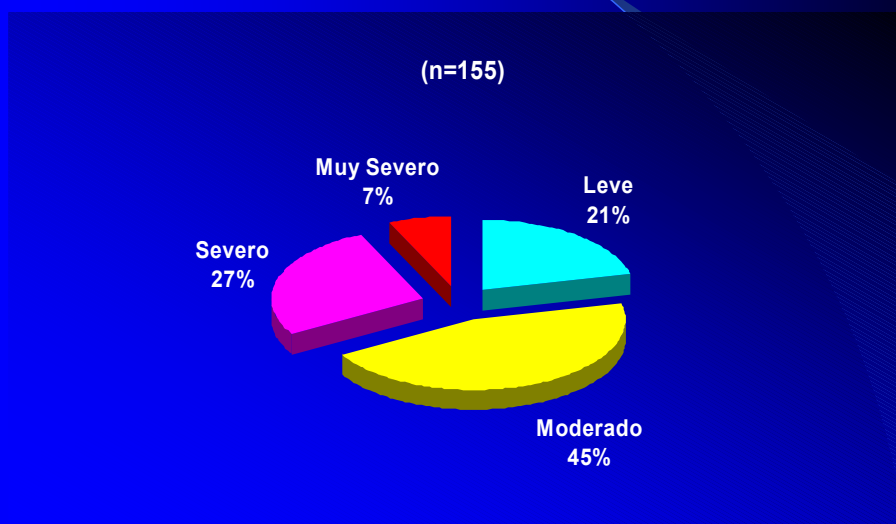


Gráfico 5

Especialidades visitadas el último año por dolor



Gráfico 6

Fármacos consumidos por dolor

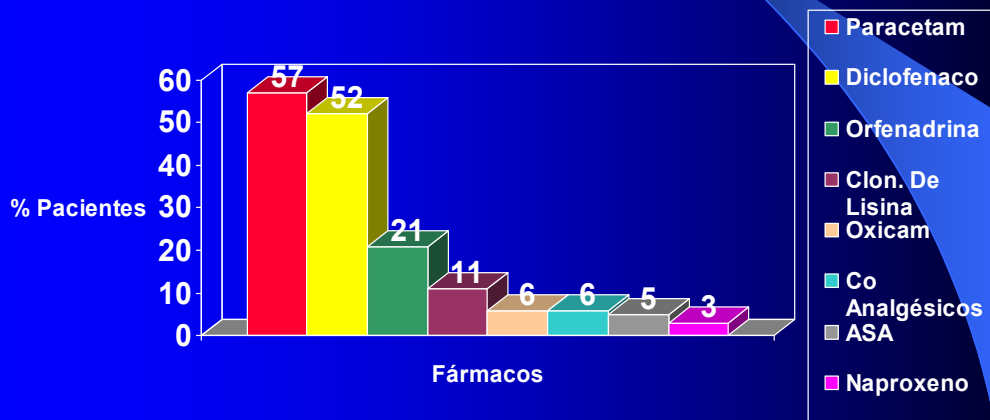


Gráfico 7

Síntomas Depresivos y Dolor

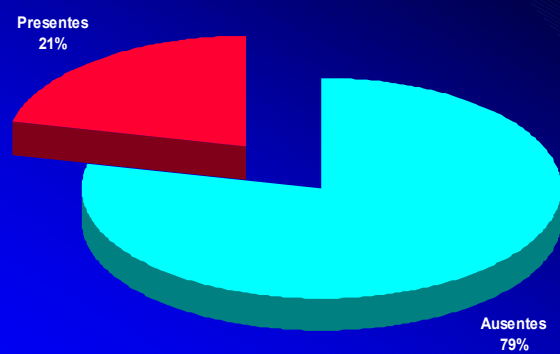


Gráfico 8

Discapacidad asociada a Dolor

"Qué actividades NO REALIZA por causa del dolor?"

n= 155

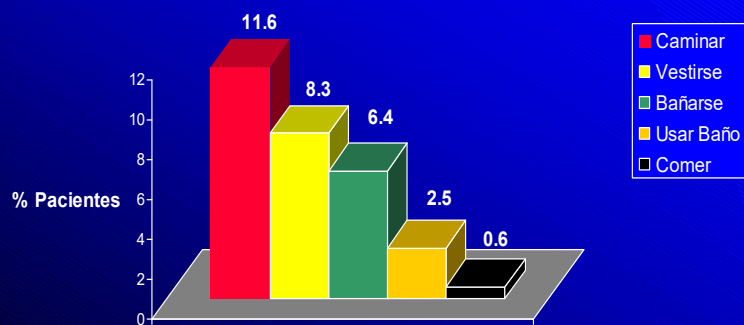


Gráfico 9

Discapacidad global asociada a dolor

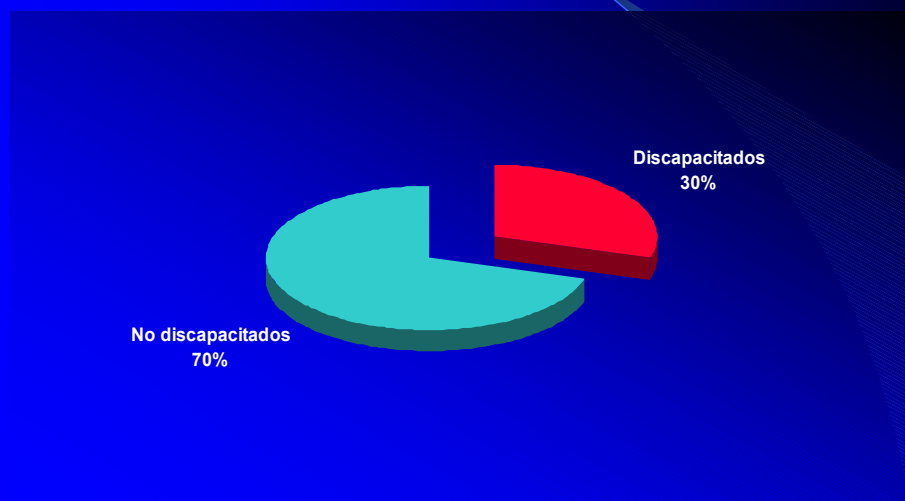


Gráfico 10

ANEXO 1

**ENCUESTA:
“EPIDEMIOLOGIA DEL DOLOR EN EL ADULTO MAYOR”**

I.- FILIACION:

Edad..... Sexo M..... F.....I Raza:..... Fecha:.....

Ocupación Actual:.....

Profesión especialidad u ocupación Anterior:.....

II.- ANTECEDENTES: Marque con una “X” la o las enfermedades que haya padecido en su vida :

Enfermedad de Tiroides	Diabetes:
Reumatismo:	Gastritis:
Osteoporosis:	Úlceras:
Artrosis:	Várices:
Fracturas:	Herpes:
Columna Desviada:	Otros:
Hernia de disco (columna):

III.- ASPECTO FISICO:

1.- en la siguiente pregunta se detallan varias regiones del cuerpo (cuello, hombros, etc).

En la columna “**REGIONES DEL CUERPO**” marque con una “X” al lado de cada región en la que ACTUALMENTE Presente dolor.

En la columna “**TIEMPO**” indique cuanto tiempo tiene dolor en la región correspondiente.

En la columna “**INTENSIDAD**” marque de 0 a 4 según la siguiente escala:

0= No dolor

1= Dolor leve

2= Dolor moderado

3= Dolor intenso

4= Dolor intolerable

REGIONES DEL CUERPO	TIEMPO	INTENSIDAD
CUELLO		
HOMBROS		

CODOS		
MUÑECAS		
MANOS		
DEDOS		
ESPALDA		
CINTURA		
CADERAS		
RODILLAS		
TOBILLOS		
PIES		
OTROS		

2.- Marque con una "X" en que región del cuerpo presentó **DOLOR DURANTE EL ÚLTIMO AÑO:**

REGIONES DEL CUERPO	
CUELLO	
HOMBROS	
CODOS	
MUÑECAS	
MANOS	
DEDOS	
ESPALDA	
CINTURA	
CADERAS	
RODILLAS	
TOBILLOS	
PIES	

3.- Cuántas consultas ha tenido Ud por dolor del último año?

4.- Qué consultorios ha visitado Ud por dolor del último año?

- a) Geriatria:
- b) Traumatología
- c) Reumatología
- d) Medicina Física y Rehabilitación
- e) Medicina Interna
- f) Emergencia
- g) Quesero o quiropráctico
- h) Curandero

5.- Qué medicamentos toma Ud habitualmente cuando siente dolor?

- | | |
|----------------|----------------|
| a) Aspirina | i) Flectadol |
| b) Panadol | j) Orfenadrina |
| c) Diclofenaco | k) Norflex |
| d) Apronax | l) Dorixina |
| e) Piroxicam | m) Codeína |
| f) Meloxicam | n) Antalgina |
| g) Voltaren | o) Otros |
| h) Motrim | |

6.- El dolor le ocasiona dificultades para dormir ? Si: No:

7.- Califique con una "X" su sueño como:

- Muy malo:
- Malo:
- Regular:
- Bueno:
- Muy bueno:

IV.- ASPECTO AFECTIVO:

Al lado de cada pregunta marque **SI** o **NO** según corresponda:

- 1.- En conjunto esta Ud satisfecho con su vida actual ?
- 2.- Se nota triste con frecuencia ?
- 3.- Se siente útil ?
- 4.- Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas ?
- 5.- Se siente muchas veces desamparado y desvalido ?

V.- ASPECTO SOCIOFAMILIAR:

- 1.- El dolor le impide asistir a actividades o compromisos sociales ?

SI: NO:

- 2.- El dolor hace que la relación con su familia sea:

a) Muy mala: b) Mala: c) Buena: d) Muy Buena:

VI.- ASPECTO FUNCIONAL:

- 1.- Marque con una "X" cuál o cuáles de las siguientes actividades NO puede realizar Ud por causa del dolor ?

a) Bañarse	b) Vestirse solo.....
c) Utilizar el baño solo	d) Caminar solo.....
e) Alimentarse solo	

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, paciente del Servicio de Geriátría del Centro Médico Naval “CMST”, he sido debidamente informado por el entrevistador que las preguntas que responderé en esta encuesta forman parte de un trabajo de investigación (Tesis) titulado: “Evaluación de la Funcionalidad y síntomas depresivos en Pacientes Adultos Mayores (PAM) con dolor persistente en el Servicio de Geriátría del Centro Médico Naval – CMST.”

Y que la presente encuesta será de carácter “ANÓNIMO”, por lo cual expreso mi libre consentimiento de participar como entrevistado/a en la presente encuesta.

.....

Firma del Paciente

.....

Firma del Entrevistador

Bellavista,.....del 2007.

