



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1

**“CARACTERIZACIÓN ALGOLÓGICA DE LOS PACIENTES
DE PRIMERA VEZ EN LA CLÍNICA DE DOLOR DEL HGZ 1
IMSS AGUASCALIENTES.”**

TESIS PRESENTADA POR
ANA LUCÍA RUIZ PÉREZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGÍA

ASESOR:

DR. CARLOS ARMANDO SÁNCHEZ NAVARRO

AGUASCALIENTES, AGS. A FEBRERO DEL 2026

CARTA DE APROBACIÓN DE TESIS



CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A 11 DE DICIEMBRE DE 2025

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES

DRA. JANETTE PADILLA LOPEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el (la) Residente de la Especialidad de ANESTESIOLOGIA del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. ANA LUCÍA RUIZ PÉREZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"CARACTERIZACIÓN ALGOLÓGICA DE LOS PACIENTES DE PRIMERA VEZ
EN LA CLÍNICA DE DOLOR DEL HGZ1 IMSS AGUASCALIENTES"**

Número de Registro: R-2025-101-160 del Comité Local de Ética en Investigación No. 1018
y el comité de Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

El (LA) **DRA. ANA LUCÍA RUIZ PÉREZ**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:

**DR. CARLOS JAVIER PEREZ
CHAVIRA**

**DR. CARLOS ARMANDO
SANCHEZ NAVARRO**

**DR. CARLOS ARMANDO
SANCHEZ NAVARRO**

COORDINADOR CLÍNICO DE
EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD

PROFESOR TITULAR

ASESOR O DIRECTOR DE
TESIS

CARTA DE CONCLUSIÓN DE TESIS



CARTA DE CONCLUSIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A 11 DE DICIEMBRE DE 2025

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el (la) Residente de la Especialidad de ANESTESIOLOGIA del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. ANA LUCÍA RUIZ PÉREZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"CARACTERIZACIÓN ALGOLÓGICA DE LOS PACIENTES DE PRIMERA VEZ
EN LA CLÍNICA DE DOLOR DEL HGZ1 IMSS AGUASCALIENTES."**

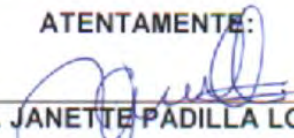
con Número de Registro R-2025-101-160 del Comité Local de Ética en Investigación No. 1018 y el comité de Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La DRA ANA LUCÍA RUIZ PÉREZ asistió a las asesorías correspondientes con su director de tesis y realizó las actividades para la realización del protocolo de investigación, con apego al plan de trabajo, dando cumplimiento a la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:


DRA. JANETTE PADILLA LOPEZ

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

OOAD AGUASCALIENTES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **1018.**
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Martes, 04 de febrero de 2025**

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Caracterización y perfil algológico de los pacientes en la clínica de dolor del HGZ1 IMSS Ags.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

DICTAMEN DE APROBACIÓN SIRELCIS

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Viernes, 17 de octubre de 2025

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle que el protocolo de investigación con título **Caracterización algológica de los pacientes de primera vez en la clínica de dolor del hg21 IMSS Aguascalientes.**, que sometió a evaluación por este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los aspectos éticos, por lo que se emite el dictamen de:

A P R O B A D O

Número de Registro Institucional

R-2025-101-160

De acuerdo con la normativa vigente, deberá presentar anualmente un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo hasta su conclusión. El presente dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de no haber concluido la investigación, deberá solicitar la re aprobación al Comité de Ética en Investigación antes del **17-10-2026.**

Este protocolo fue autorizado sin carta de consentimiento informado debido a que se clasificó como "sin riesgo" de acuerdo con el artículo 17 del RLGSMS por ser una revisión de expedientes o bases de datos, manteniendo la confidencialidad de la información y la privacidad de los participantes

ATENTAMENTE


Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

EVIDENCIA DE ENVÍO A PUBLICACIÓN

**CIRUGÍA
Y CIRUJANOS**
Revista de Cirugía y Cirujanos
del Instituto Mexicano de Seguro Social
Fundada en 1953

 Ana Lucía ▾

AUTOR ▾

ARTÍCULOS

10 items/página

Buscar...

CÓDIGO	TÍTULO	ESTADO
CIRU/0571/25	CARACTERIZACIÓN ALGOLÓGICA DE LOS PACIENTES DE PRIMERA VEZ EN LA CLÍNICA DE DOLOR DEL HGZ 1 IMSS AGUASCALIENTES	Pendiente de verificación 

Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros

Anterior 1 Siguiente

OM Online submission manuscript<no-reply@permanyemail.com>

To: You

Tue 12/16/2025 12:04 AM

**CIRUGÍA
Y CIRUJANOS**
Revista de Cirugía y Cirujanos
del Instituto Mexicano de Seguro Social
Fundada en 1953**PERMANYER MÉXICO**
www.permanyer.com

Estimado/a Dr/Dra Ana Lucía,

Gracias por su interés en nuestra publicación. Le confirmamos que el artículo ["CARACTERIZACIÓN ALGOLÓGICA DE LOS PACIENTES DE PRIMERA VEZ EN LA CLÍNICA DE DOLOR DEL HGZ 1 IMSS AGUASCALIENTES" \(CIRU/0571/25\)](#) se ha registrado correctamente en nuestro sistema.

El Comité Editorial de Revista Cirugía y Cirujanos con todo gusto revisará su manuscrito y en breve nos comunicaremos con Usted.

Muchas gracias y saludos cordiales,

El Editor
Revista Cirugía y Cirujanos**online
Manuscript
Submission**Temístocles 315, Dept. 404. - Col Polanco, Del. Miguel Hidalgo
México D.F., 11560 | ricardo.morales@permanyar.com

DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL
EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS

Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 24/02/2026

NOMBRE: RUIZ PEREZ ANA LUCIA ID 137483

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA LGAC (del posgrado): TECNICAS ANESTESICAS

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

SEDE HOSPITALARIA: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TITULO: CARACTERIZACION ALGOLOGICA DE LOS PACIENTES DE PRIMERA VEZ EN LA CLINICA DE DOLOR DEL HGZ 1 IMSS AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): LA CARACTERIZACION ALGOLOGICA DE LOS PACIENTES PERMITE MEJORAR LA REFERENCIA OPORTUNA, OPTIMIZAR EL MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR CRONICO Y CONTRIBUIR A UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA, ASS COMO A UN USO MSS EFICIENTE DE LOS RECURSOS DE SALUD EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

INDICAR SI - NO - NA (No aplica) SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

SI	El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO	Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

SI	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Posgrado
SI	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios
SI	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial
SI	Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI	Coincide con el título y objetivo registrado
SI	Tiene el CVU de la SECIHTI actualizado
NA	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X

No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. EN FARM. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 136 fracción II, inciso g) del Reglamento General de Posgrado, que a la letra señala: autorización de la persona titular del Decanato del Centro de Ciencias de la Salud.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

“El dolor es inevitable, el sufrimiento es optativo”

-Siddharta Gautama

A lo largo de este camino formativo he comprendido que el dolor, en sus múltiples formas, es una experiencia inevitable en la vida y el aprendizaje; sin embargo, el sufrimiento no lo es cuando se cuenta con el acompañamiento, la comprensión y el amor de quienes nos rodean. La culminación de este trabajo, así como, el término de mi preparación como médico especialista; no habrían sido posibles sin el apoyo constante de las personas que transformaron los momentos difíciles y las adversidades en oportunidades de fortaleza y crecimiento.

A mis padres, les agradezco profundamente por ser el sostén constante en cada etapa de mi proceso formativo. Como el pilar más importante y fundamental de mi formación personal y profesional, han sido mis primeros maestros y fuente inagotable de inspiración para llegar hasta donde me encuentro hoy. Gracias por su amor incondicional y por recordarme siempre que nunca he estado sola. Este largo camino no habría podido recorrerlo sin ustedes, este logro es mío como suyo.

A mis hermanos, gracias por su compañía, el ánimo, la comprensión y el apoyo sincero en cada una de las etapas de mi formación; por estar siempre al pendiente de mí y escucharme cuando necesité su ayuda y consejos. Su presencia ha hecho que este logro se sienta aun mas cálido.

A mis amigos incondicionales, gracias por escuchar, acompañarme y alentarme sin reservas- Por estar siempre presentes tanto en los buenos como en los malos momentos, Agradezco también su comprensión, pues no siempre pude estar físicamente presente para ustedes en algunos momentos importantes en su vida, pero eso nunca fue sinónimo de falta del cariño que les tengo.

A mis maestros, gracias por depositar en mí su confianza y por transmitirme sus conocimientos para ejercer esta especialidad de la mejor manera posible, tanto desde el punto de vista ético como profesional.

A mis compañeros residentes, por las risas y momentos inolvidables que compartimos. Sin su compañía y apoyo en este camino escabroso, no estaríamos hoy tan cerca de culminar nuestra formación como anestesiólogos.

Y un agradecimiento muy especial a la **Dra. Ramona Romo**, sin su guía y su extraordinario trabajo como médico algólogo a cargo de la Clínica de Dolor, este trabajo no hubiera sido posible.

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS.....	3
INDICE DE GRÁFICAS.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. MARCO TEORICO.....	8
2.1. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	8
2.2. MARCO TEÓRICO QUE FUNDAMENTA LA INVESTIGACIÓN.....	13
2.2.1. Clínica multidisciplinaria del dolor.....	13
2.2.2. Caracterización algológica de los pacientes de primera vez en la clínica de dolor. 13	
2.2.3. Dolor crónico.....	13
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	14
3. JUSTIFICACIÓN.....	16
3.1. MAGNITUD.....	16
3.2. TRASCENDENCIA.....	16
3.3. FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD.....	17
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20
5. OBJETIVOS.....	21
5.1. OBJETIVO GENERAL:.....	21
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	21
6. HIPÓTESIS.....	21
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	22
7.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:.....	22

7.2.	LUGAR DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO:	22
7.3.	POBLACIÓN DE ESTUDIO:	22
7.4.	UNIVERSO DE ESTUDIO:	22
7.5.	MUESTREO:	22
7.6.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	22
7.6.1.	Criterios de inclusión	22
7.6.2.	Criterios de exclusión	23
7.6.3.	Criterio de eliminación	23
7.7.	VARIABLES	23
7.8.	INSTRUMENTOS A UTILIZAR	24
7.9.	PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	25
7.10.	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	25
7.11.	MÉTODO PARA EL CONTROL DE CALIDAD Y RECOLECCIÓN DE DATOS..	26
7.12.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	26
7.13.	ASPECTOS ÉTICOS	27
7.14.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	29
7.14.1.	Recursos humanos	29
7.14.2.	Recursos financieros:	29
7.15.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	30
8.	RESULTADOS	31
9.	DISCUSIÓN	40
9.1.	Limitaciones y recomendaciones	45
10.	CONCLUSIONES	46
11.	GLOSARIO	47
12.	REFERENCIAS	49
13.	ANEXOS	53
ANEXO A.	HOJA DE REGISTRO DE DATOS	53

ANEXO B.	MANUAL OPERACIONAL DE HOJA DE REGISTRO DE DATOS	54
ANEXO C.	MATRIZ DE CONGRUENCIA.....	56
ANEXO D.	CARTA DE EXCEPCIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	58
ANEXO E.	CARTA DE NO INCONVENIENTE	59
ANEXO F.	ESCALA VISUAL ANALOGICA (EVA)	60

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Operacionalización de variables:.....	23
Tabla 2.	Características sociodemográficas de los pacientes atendidos por primera vez en la Clínica del Dolor	31
Tabla 3.	Antecedentes crónico-degenerativos y comorbilidades de los pacientes	32
Tabla 4.	Servicios de referencia de los pacientes atendidos por primera vez en la Clínica del Dolor	33
Tabla 5.	Tratamiento farmacológico previo al ingreso a la Clínica del Dolor.....	34
Tabla 6.	Características clínicas del dolor en los pacientes evaluados	35
Tabla 7.	Tiempo de evolución e intensidad del dolor al ingreso a la Clínica del Dolor.	35
Tabla 8.	Fármacos específicos utilizados por los pacientes antes de la valoración en Clínica del Dolor.....	36
Tabla 9.	Comparación del tiempo de evolución del dolor según tipo de dolor (ANOVA)	37
Tabla 10.	Correlación entre tiempo de evolución del dolor e intensidad del dolor (EVA inicial)	38
Tabla 11.	Tiempo de evolución del dolor según el fármaco utilizado previamente	39

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.	Distribución del sexo	31
Gráfica 2.	Tratamiento farmacológico previo	34
Gráfica 3.	Distribución de los tipos de dolor.....	35
Gráfica 4.	Tiempo medio de evolución según tipo de dolor.....	37
Gráfica 5.	Uso de adyuvantes	39



RESUMEN

Antecedentes: El dolor crónico es una condición de alta prevalencia que genera un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y en la utilización de los servicios de salud. Su carácter multifactorial y la frecuente coexistencia con enfermedades crónico-degenerativas hacen necesaria una valoración especializada que permita identificar los mecanismos predominantes del dolor y orientar estrategias terapéuticas adecuadas. A pesar de la relevancia de las clínicas del dolor, en el ámbito institucional existe información limitada sobre las características algológicas de los pacientes que acuden por primera vez a estos servicios, particularmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que dificulta la planeación y optimización de la atención especializada. **Objetivo:** Caracterizar algológicamente a los pacientes atendidos por primera vez en la Clínica del Dolor del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Aguascalientes. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años atendidos por primera vez en la Clínica del Dolor durante el periodo de enero a diciembre de 2024. Mediante la revisión de expedientes clínicos se recolectaron datos demográficos, comorbilidades, tipo de dolor, tratamiento farmacológico previo, tiempo de evolución del dolor e intensidad medida por la Escala Visual Análoga. El análisis se realizó con estadística descriptiva e inferencial utilizando el software IBM SPSS v27. **Resultados:** Se analizaron 251 pacientes, con predominio del sexo femenino (69.7%) y una edad media de 60.53 ± 14.42 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (51.0%), diabetes mellitus (42.2%) y antecedente de cáncer (39.4%). El dolor oncológico fue el tipo más prevalente (37.5%), seguido del síndrome doloroso mixto (21.9%) y del dolor neuropático (17.9%). El tiempo promedio de evolución del dolor fue de 5.84 ± 2.89 meses y la EVA inicial mostró una intensidad moderada (5.48 ± 2.04). Se identificaron diferencias significativas en el tiempo de evolución según el tipo de dolor ($p = 0.004$) y una asociación con el uso previo de fármacos adyuvantes ($p = 0.009$), sin correlación con la intensidad del dolor. **Conclusiones:** Los pacientes que acuden por primera vez a la Clínica del Dolor presentan un perfil clínico complejo, con predominio de mecanismos de dolor mixtos y oncológicos. La caracterización algológica inicial aporta información útil para orientar la referencia oportuna y el abordaje integral del dolor crónico.

Palabras clave: Dolor crónico, clínica del dolor, caracterización algológica.

ABSTRACT

Background: Chronic pain is a highly prevalent condition that significantly impacts patients' quality of life and healthcare utilization. Its multifactorial nature and frequent co-occurrence with chronic degenerative diseases necessitate specialized assessment to identify the predominant pain mechanisms and guide appropriate therapeutic strategies. Despite the importance of pain clinics, limited information exists within institutions regarding the pain characteristics of patients attending these services for the first time, particularly at the Mexican Social Security Institute (IMSS), hindering the planning and optimization of specialized care. **Objective:** To characterize the pain characteristics of patients seen for the first time at the Pain Clinic of IMSS General Hospital No. 1 in Aguascalientes. **Materials and methods:** An observational, cross-sectional, retrospective, and descriptive study was conducted. Patients over 18 years of age seen for the first time at the Pain Clinic between January and December 2024 were included. Demographic data, comorbidities, type of pain, previous pharmacological treatment, duration of pain, and intensity measured by the Visual Analog Scale were collected through review of medical records. Descriptive and inferential statistics were used for analysis with IBM SPSS v27 software. **Results:** 251 patients were analyzed, predominantly female (69.7%), with a mean age of 60.53 ± 14.42 years. The most frequent comorbidities were hypertension (51.0%), diabetes mellitus (42.2%), and a history of cancer (39.4%). Cancer pain was the most prevalent type (37.5%), followed by mixed pain syndrome (21.9%) and neuropathic pain (17.9%). The average duration of pain was 5.84 ± 2.89 months, and the initial VAS score showed moderate intensity (5.48 ± 2.04). Significant differences in pain duration were identified according to pain type ($p = 0.004$), and an association was found with prior use of adjuvant medications ($p = 0.009$), with no correlation to pain intensity. **Conclusions:** Patients attending the Pain Clinic for the first time present a complex clinical profile, with a predominance of mixed and oncological pain mechanisms. The initial pain characterization provides useful information to guide timely referrals and the comprehensive management of chronic pain.

Keywords: Chronic pain, pain clinic, pain characterization.

1. INTRODUCCIÓN

El dolor crónico constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su elevada prevalencia, su impacto negativo en la calidad de vida de las personas y las importantes repercusiones sociales, económicas y funcionales que conlleva. Se reconoce actualmente como una condición clínica compleja, de naturaleza multifactorial, en la que convergen mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, lo que exige un abordaje integral y especializado para su adecuada valoración y tratamiento. En este contexto, las clínicas del dolor representan un componente esencial dentro de los sistemas de salud, al ofrecer atención especializada a pacientes con dolor persistente o de difícil control, particularmente aquellos que no han respondido de manera satisfactoria a los esquemas terapéuticos convencionales. Sin embargo, a pesar de la relevancia de estos servicios, la información disponible sobre las características clínicas, demográficas y algológicas de los pacientes que acuden por primera vez a una clínica del dolor es limitada, especialmente en el ámbito institucional y en contextos específicos como el del Instituto Mexicano del Seguro Social. En México, y particularmente en el estado de Aguascalientes, existe una escasez de estudios que describan de manera sistemática el perfil de los pacientes referidos a consulta especializada por dolor crónico, lo que dificulta la planificación de estrategias de atención, la optimización de recursos y el diseño de modelos de referencia oportuna acordes a las necesidades reales de la población atendida. La caracterización algológica de los pacientes de primera vez permite no solo identificar los mecanismos predominantes del dolor y su tiempo de evolución, sino también reconocer patrones de comorbilidad, esquemas de tratamiento previos y posibles áreas de oportunidad en el manejo inicial del dolor en los distintos niveles de atención. Asimismo, contar con información local y actualizada facilita la comparación con otros contextos nacionales e internacionales, contribuye a la generación de conocimiento propio y sirve como base para el desarrollo de investigaciones posteriores de mayor complejidad, orientadas a evaluar desenlaces clínicos, efectividad terapéutica y calidad de vida. En este sentido, el presente protocolo de investigación se plantea con la finalidad de generar evidencia descriptiva sólida sobre las características algológicas de los pacientes que acuden por primera vez a la Clínica del Dolor del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Aguascalientes, aportando información relevante que permita comprender mejor el perfil de esta población, apoyar la toma de decisiones clínicas y administrativas, y fortalecer la atención integral del dolor crónico dentro del ámbito institucional.

2. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Se realizo una búsqueda sistemática de información literaria en la base de datos Pubmed, Cochrane, epistemonikos, BVS y búsqueda en bola de nieve tanto en inglés y español utilizando como descriptores las siguientes palabras clave, limitando la búsqueda del 2019 a 2023 con los siguientes descriptores:

Dolor Crónico / Chronic Pain / Dor Crônica (DeCS/MeSH: C23.888.592.612.274). Clínicas de Dolor / Pain Clinics (DeCS/MeSH: N02.278.035.380.600) sinónimos: Centros de Dolor, Unidades de Alivio del Dolor, Centros de Dolor Multidisciplinario, Servicios de Dolor Agudo. **Profile of patients/perfil del paciente** del 2019 a la actualidad.

Sintaxis de búsqueda pubmed: ((chronic pain) AND (profile of patients)) AND (Pain Clinics)

[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=\(\(chronic%20pain\)%20AND%20\(profile%20of%20patients\)\)%20AND%20\(Pain%20Clinics\)&filter=datesearch.y_5](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=((chronic%20pain)%20AND%20(profile%20of%20patients))%20AND%20(Pain%20Clinics)&filter=datesearch.y_5)

Sintaxis de búsqueda epistemonikos: (title:((title:(profile of patients) OR abstract:(profile of patients)) AND (title:(pain clinic) OR abstract:(pain clinic))) OR abstract:((title:(profile of patients) OR abstract:(profile of patients)) AND (title:(pain clinic) OR abstract:(pain clinic))))

[https://www.epistemonikos.org/advanced_search?q=\(title:\(profile%20of%20patients\)%20OR%20abstract:\(profile%20of%20patients\)\)%20AND%20\(title:\(pain%20clinic\)%20OR%20abstract:\(pain%20clinic\)\)&protocol=no&min_year=2019&max_year=2024#](https://www.epistemonikos.org/advanced_search?q=(title:(profile%20of%20patients)%20OR%20abstract:(profile%20of%20patients))%20AND%20(title:(pain%20clinic)%20OR%20abstract:(pain%20clinic))&protocol=no&min_year=2019&max_year=2024#)

Sintaxis de búsqueda Cochrane: profile of patients with chronic pain en Título Resumen Palabra clave AND pain clinics en Título Resumen Palabra clave AND chronic pain en Título Resumen Palabra clave - con fecha de publicación en la Biblioteca Cochrane Entre Jan 2010 y Dec 2024, en Revisiones Cochrane, Protocolos Cochrane (Se han buscado variaciones de la palabra)

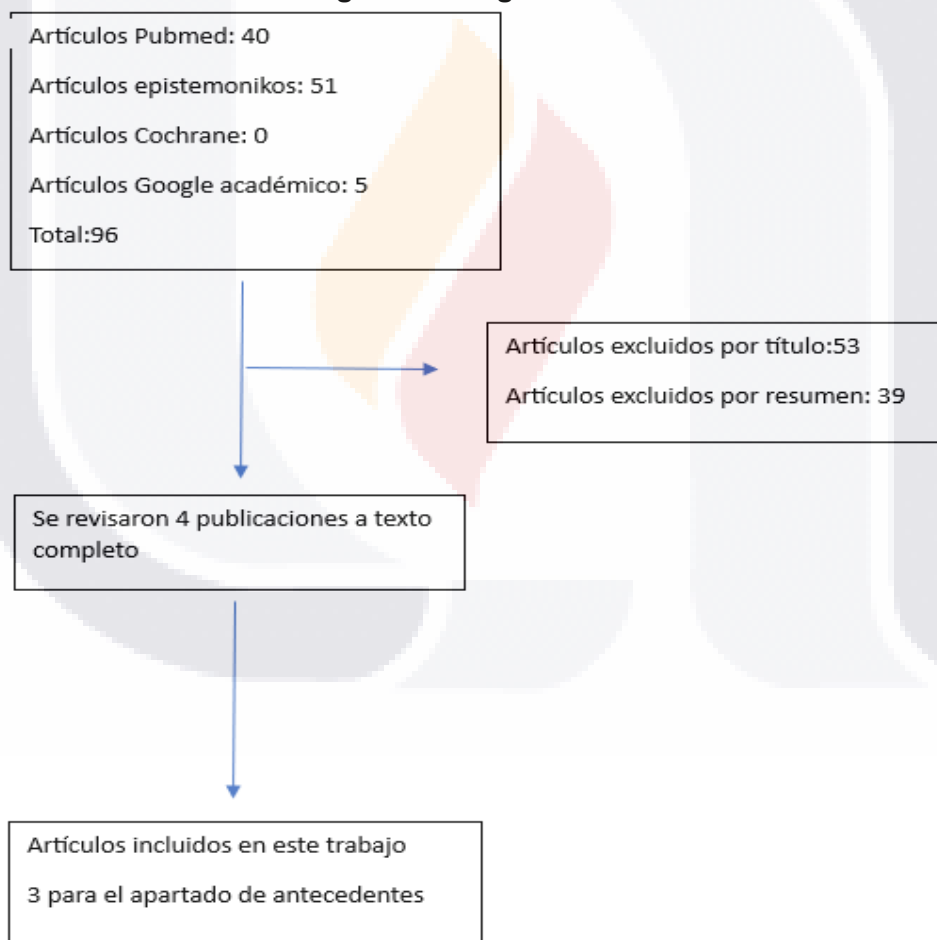
<https://www.cochranelibrary.com/es/advanced-search>

Sintaxis de búsqueda Google académico: perfil de pacientes con dolor crónico dolor OR crónico "perfil algológico "

https://scholar.google.es/scholar?as_q=perfil+de+pacientes+con+dolor+cronico&as_epq=perfil+algologico+&as_oq=dolor+cronico&as_eq=&as_occt=any&as_sauthors=&as_publication=&as_ylo=2019&as_yhi=2024&hl=es&as_sdt=0%2C5

Arrojando 96 resultados, se filtraron los artículos a pacientes adultos, estudios originales, observacionales, retrospectivos y de los últimos 5 años, eliminando los duplicados con un total de 3 artículos (ver figura 1). Se presenta diagrama de Cochrane y resúmenes se desglosan con pertinencia como antecedentes científicos.

Figura 1. Diagrama Cochrane



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

R. Cáceres- Matos y Cols. en el año 2022 realizó un **estudio transversal** en 394 pacientes con dolor crónico no oncológico provenientes de clínicas de dolor y centros primarios de atención médica del sur de España de enero a marzo del 2020, con el **objetivo de categorizar pacientes** según el impacto del dolor en su salud y determinar los factores vinculados al grupo con mayor afectación, así como comprender la caracterización de individuos con dolor crónico no relacionado con cáncer para guiar adecuadamente su tratamiento e identificar posibles riesgos asociados. El estudio incluyó las variables edad, empleo, número de sitios con dolor, evolución del dolor (duración), prescripción médica, tipo de dolor, nivel de educación, estado civil, tipo de área en la que vive (urbana/rural). Los resultados obtenidos identificaron dos grupos: los de menor nivel de deterioro por dolor en donde se encontraban personas de 45 a 64 años, sin medicación con opioides o ansiolíticos, con un estilo de vida ocupado y una afección leve en las actividades cotidianas (mujeres 21.5%; hombres 33.1%); y los de mayor nivel de deterioro caracterizado por ser mayores de 65 años, medicados con opioides y ansiolíticos, retirados o en baja médica y con afectación importante en sus actividades de la vida diaria (mujeres 78.5%; hombres: 66.9%). Además, se destacó un factor de riesgo adicional para discapacidad; en el género femenino especialmente en aquellas pacientes viudas (OR: 9.69) o solteras (OR: 10.01) y en caso de los pacientes de género masculino se aumenta el riesgo al ser fumadores (OR2.71) o consumir alcohol hasta tres veces por semana (OR: 2.43). Con estos resultados se concluyó que la edad, situación laboral, consumo de opioides y ansiolíticos y el impacto del dolor en la vida diaria son factores que si influyen en un nivel de deterioro por dolor crónico (1).

Martínez-Ruiz y Cols. en el año 2021 realizó **estudio retrospectivo, trasversal y descriptivo, unicéntrico** el cual incluyó a 4518 pacientes de México con el **objetivo de examinar las características demográficas y clínicas de los pacientes** que presentan enfermedades musculoesqueléticas y que visitan por primera vez una clínica especializada en el tratamiento del dolor crónico. El estudio consistió en la revisión de expedientes clínicos archivados del 2009 al 2017 en la UMAE Dr. Victorio de la Fuente Narváez. Las variables consideradas fueron edad, género, servicio de

referencia, comorbilidades, tratamiento previo, diagnóstico de dolor, tratamiento recibido, origen, duración, ubicación y temporalidad del dolor, causa, dinámica e intensidad de este. Los resultados fueron una mediana de edad de los pacientes fue de 59 años (rango intercuartílico 47-72), siendo predominantemente mujeres (62%). El dolor crónico afectó al 83% de los pacientes de los cuales 43% presentaron dolor crónico agudizado, 45% crónico no agudizado y 12% dolor agudo; con una intensidad media evaluada por la escala visual analógica (EVA) de 6 ($\pm$ 2.4). El síndrome doloroso mixto (somático y neuropático) fue el más común, observándose en el 41% de los casos. Las regiones corporales más afectadas fueron piernas (64%), región lumbosacra (51%) brazos (25.5%) y la combinación de región lumbosacra y piernas (40%). Las comorbilidades más frecuentes en estos pacientes fueron hipertensión arterial (35.7%) y diabetes mellitus (20.7%); en cuanto al tratamiento se especifica que antes de su ingreso al servicio de algología 45% de los pacientes usaban AINES de forma crónica mientras que el 18% ya se les había prescrito algún opioide. Posteriormente al iniciar el tratamiento en clínica de dolor 89% recibieron opioides siendo tramadol el más usado (84%). Además, se midió el tiempo desde el inicio del dolor hasta su referencia a la clínica de dolor con una mediana de 12 meses (RIQ 6-36). Los autores concluyeron que al progresar una enfermedad crónico-degenerativa del sistema musculo esquelético se genera un impacto en el origen y evolución del dolor crónico que, al ser manejado en un centro especializado con un tratamiento más específico podría modificar de forma favorable la evolución y consecuencias de éste (2).

S. F. Lakha y Cols. en 2021 realizó un **estudio retrospectivo y descriptivo** basado en 644 pacientes en clínicas de dolor canadienses con el **objetivo de describir parámetros demográficos, características del dolor y clasificación del diagnóstico de pacientes atendidos en clínica de dolor** de la universidad metropolitana de Toronto durante enero 2016 y diciembre 2017. El estudio incluyó las variables: edad, género, ocupación, país de origen, estado civil y características del dolor (zona afectada, tipo de dolor, duración). Los resultados que se obtuvieron demostraron que la relación mujer/hombre fue de 1.6:1, 80% menores de 65 años, 43% eran empleados; en cuanto a las características del dolor la duración fue un

promedio de 7 años con mediana de 3 años, el dolor lumbar fue el sitio más prevalente (66%); se reportó que el 41% de los pacientes tenían una causa biomédica primaria, mientras el 43% tenían alguna comorbilidad y otros aspectos psicosociales, además el 16% de los pacientes presentaban alguna patología psicológica sin causas biomédicas específicas. Dentro de los factores desencadenantes del dolor 28% de los casos fueron a causa de accidentes automovilísticos, 27% por alguna enfermedad. El 15% de pacientes consumía cannabis y el 34.5% opioides para yugular el dolor mientras que el 34.5% de los pacientes consumía algún opioide y solo el 17% superaba los 90 mg de morfina al día. Los autores concluyeron que su estudio destaca que se debe considerar el reconocimiento de factores biomédicos, psicológicos, sociales y ambientales que pudieran afectar los enfoques del tratamiento ya que “un único tratamiento no funciona para todos” (3).

2.2. MARCO TEÓRICO QUE FUNDAMENTA LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. Clínica multidisciplinaria del dolor

Históricamente, en 1960 que crea la primera clínica multidisciplinaria del dolor la que se incluyeron diversos servicios, pero hasta 1988 se reporta en la literatura la primera unidad de dolor, por el Dr. L. B. Ready en Seattle, Washington (4). En México, la primera clínica del dolor se fundó en 1972, ubicada en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Pero fue a partir de la década de los ochenta, que se logran consolidar diversas clínicas de dolor en el territorio nacional, integrando a varios especialistas, como algólogos, psiquiatras, psicólogos, cirujanos oncológicos, oncológicos radioterapeutas, neurólogos, radiólogos, anestesiólogos, enfermeras y trabajadores sociales (5).

2.2.2. Caracterización algológica de los pacientes de primera vez en la clínica de dolor.

Se refiere a la evaluación exhaustiva del dolor del paciente, incluyendo sus características, intensidad, localización, duración y factores desencadenantes o agravantes centrada en comprender la experiencia dolorosa del individuo para poder diseñar un plan de tratamiento personalizado y efectivo al ser valorado por primera vez en una clínica del dolor (6). La caracterización es importante para la evaluación y decisión sobre el tratamiento, porque su eficacia depende en gran medida de la comprensión adecuada de los aspectos fisiopatológicos y mecanismos que desencadenan el dolor (7). En Aguascalientes, el IMSS inauguro la clínica de dolor en el año 2013 la cual atiende a pacientes referidos de múltiples servicios por dolor crónico; sin embargo, hasta la fecha no se ha realizado una caracterización algológica de los pacientes de primera vez en esta clínica.

2.2.3. Dolor crónico

Es la sensación desagradable que se caracteriza por mantenerse durante un período prolongado, incluso meses o años, superando el tiempo típico de recuperación de una enfermedad o lesión que puede manifestarse de manera

continua o aparecer de forma intermitente, afectando significativamente la rutina diaria y el estado físico y emocional de la persona (8). Se asocia con procesos inflamatorios o lesiones en el sistema nervioso, caracterizándose por fenómenos como la hiperalgesia y la alodinia por la sensibilización anormal de la médula espinal por activación sostenida de vías nociceptivas ascendentes y mecanismos descendentes facilitadores, lo que mantiene un estado de hiperexcitación (9). Se puede clasificar en **dolor crónico asociado con cáncer y dolor crónico no maligno** (7).

El dolor crónico es un problema de salud específico con características claras de síntomas, incapacidad y problemas de salud mental que son en gran medida independientes de la enfermedad o lesión subyacente (7). En la actualidad, el dolor crónico puede considerarse como el tercer problema de salud más importante en nuestro entorno después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Éste tiene importantes repercusiones económicas, no sólo aquellas asociadas con los costos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos, sino también al ausentismo laboral, discapacidad y disminución de la calidad de vida (10).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Caracterización algológica: Identificación y descripción de los aspectos del dolor como su intensidad, localización, tiempo de duración, así como los elementos que lo provocan o lo mitigan. Siendo importante para obtener un diagnóstico preciso, estructurar un tratamiento y evaluar la eficacia de este último con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente (11).

Clínica de dolor: Unidad dedicada al diagnóstico y tratamiento del dolor, en la cual médicos con formación especializada y experiencia evalúan de manera integral los problemas de dolor persistente, ya sea agudo o crónico, y desarrollan la estrategia más adecuada para su manejo, bajo un modelo de atención integral, orientado a mejorar la calidad de vida del paciente mediante un enfoque que reconoce su dimensión biológica, psicológica y social (12).

Escala Visual Análoga Del Dolor (EVA). La escala visual análoga de dolor (EVA) permite medir la intensidad del dolor que un paciente siente a través de una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyo extremo derecho se encuentra el grado más intenso de dolor. En el extremo izquierdo se ubica la ausencia de dolor o la menor consideración que tiene el paciente de dolor. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad del dolor que siente y se mide con una regla milimétrica. La intensidad se expresa en centímetros (cm), 0 cm es igual a ausencia de dolor, leve de 1 a 4 cm, Moderada de 5 a 6 cm y severa si es de 7 a 10 cm (Anexo F). Se ha reportado su validez en adultos utilizando correlación de Spearman, concluyendo que es confiable con correlación moderada a fuerte para dolor reportado por el paciente, tiene una confiabilidad de prueba y prueba buena ($r=0.94-0.71$), y tiene una alta correlación con otras escalas (13).

3. JUSTIFICACIÓN

3.1. MAGNITUD

El dolor crónico afecta a una porción considerable de la población mexicana. Se estima que la prevalencia en México ronda el 27% de los habitantes o incluso el 41.5% en algunas series, afectando principalmente a mujeres y aumentando con la edad (14) (15). En el contexto del IMSS, se ha reportado que hasta el 5% de los padecimientos atendidos por médicos de primer contacto son dolorosos por definición (14). Específicamente, en las clínicas del dolor del IMSS, una gran proporción de los pacientes presentan dolor crónico, siendo los síndromes lumbares y el dolor musculoesquelético de los motivos de consulta más frecuentes (16). La ausencia de datos específicos y actualizados sobre la caracterización algológica local (tipo, intensidad, etiología predominante) en la Clínica del Dolor del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes limita la planificación eficiente de los recursos y la formulación de guías de manejo adaptadas a las necesidades reales de esta población.

3.2. TRASCENDENCIA

El dolor crónico, al ser más que un síntoma y ser reconocido como una enfermedad en sí misma, conlleva una alta morbilidad y un impacto devastador en la calidad de vida del paciente (17). Las consecuencias incluyen el deterioro funcional y discapacidad como una de las principales causas de ausentismo laboral y discapacidad (15); repercusiones psicológicas como depresión, ansiedad y trastornos del sueño (17); y manejo inadecuado puesto que la atención tardía y los diagnósticos y tratamientos incorrectos o inespecíficos para la etiología, como uso prolongado de AINEs en dolor neuropático, son un problema grave reportado en México (15).

La obtención de este perfil algológico institucional es de gran valor para el IMSS en Aguascalientes, pues proporciona datos epidemiológicos locales necesarios para la gestión clínica y la toma de decisiones administrativas sobre la optimización del servicio. La finalidad del conocimiento generado por el presente protocolo radica en proporcionar una visión integral y sistematizada de las características algológicas y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sociodemográfico de los pacientes que acuden por primera vez a la clínica del dolor del HGZ1 IMSS Aguascalientes. Al identificar patrones en los motivos de consulta, servicios de referencia, comorbilidades y características poblacionales sobre tratamiento previo, meses con dolor crónico, nivel de dolor evaluado con la EVA y tratamiento inicial por clínica de dolor.

La caracterización algológica de los pacientes de primera vez es un paso esencial para comprender el perfil de referencia y orientar la capacitación del personal, la adquisición de insumos y el desarrollo de estrategias terapéuticas interdisciplinarias más efectivas y oportunas, lo que potencialmente podría mejorar la funcionalidad y el bienestar de los derechohabientes.

Esta investigación presenta relevancia social y se incluye dentro de los temas de la convocatoria del IMSS para el ejercicio 2024 sobre temas prioritarios de salud, población vulnerable y temas emergentes; siendo un estudio que abarca varias prioridades porque abarca los apartados: padecimientos músculo esqueléticos, pacientes oncológicos, población geriátrica y población con discapacidad (18).

3.3. FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD

En cuanto a la disponibilidad de la población de estudio, se realizará en una población bien definida que garantiza una muestra representativa de los casos que requieren atención especializada en clínica del dolor. Se cuenta con acceso al sistema de generación de citas y a los expedientes para obtener la información de las variables de interés del presente estudio.

Los recursos institucionales incluyen la infraestructura física y el personal capacitado (algólogos, anestesiólogos y residentes en formación) para la atención y el registro de la información algológica, demográfica y clínica en el expediente clínico basándose en la recolección sistemática y estandarizada de datos sin interferencia con la práctica clínica habitual.

Los recursos humanos incluyen a un anestesiólogo con subespecialidad en medicina del dolor además de una enfermera en el turno matutino, donde se brinda atención a los derechohabientes en el turno matutino de lunes viernes. Contando

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con un consultorio en el hospital general de zona No 1 de la OOAD Aguascalientes. La existencia de un sistema de registro electrónico del hospital facilita la factibilidad de este estudio.

Los resultados de este estudio tendrán el beneficio de mejorar la toma de decisiones en la atención de estos y el servicio otorgado de la población con diagnóstico de dolor crónico en el Hospital General de Zona No. 1; además el presente protocolo se utilizará para la tesis de la Dra. Ana Lucía Ruiz Pérez, se presentará en el congreso de la investigación en posgrado de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, se difundirán en el repositorio de la Universidad Autónoma de Aguascalientes de acceso abierto y se enviará a una revista indexada para su publicación como artículo original.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor crónico constituye un desafío de salud pública a nivel global y en México. En la población mexicana, su prevalencia es elevada, con estimaciones que alcanzan el 27% al 41.5% de la población. Esta condición no es solo un síntoma, sino una enfermedad con graves repercusiones funcionales, psicológicas y socioeconómicas, siendo una de las principales causas de discapacidad y ausentismo laboral (14). En nuestro país, el IMSS atiende una alta proporción de estos casos y para su manejo especializado cuenta con Clínicas del Dolor, como la ubicada en el Hospital General de Zona (HGZ) 1 de Aguascalientes. Sin embargo, se ha documentado que los pacientes que acceden a estos servicios especializados a menudo lo hacen de forma tardía y, en muchos casos, han recibido diagnósticos incorrectos o tratamientos no específicos para la etiología de su dolor (nociceptivo, neuropático o nociplástico) (12). A pesar de la magnitud del problema a nivel nacional, la información específica sobre el perfil algológico (etiología, localización, intensidad y tipo de dolor) de los pacientes que ingresan por primera vez a la Clínica del Dolor del HGZ 1 de Aguascalientes es escasa en la literatura institucional o pública, y se requiere para el desarrollo de un modelo ideal para el abordaje integral del dolor crónico en el sistema de salud mexicano (19).

El análisis del problema revela una brecha de conocimiento; si bien **se conoce** la alta prevalencia e impacto del dolor crónico en México y la existencia de síndromes dolorosos comunes en las clínicas del dolor del IMSS a nivel nacional y local (15) y que el momento en que los pacientes son derivados a unidades especializadas y comienzan a recibir tratamiento específico para el dolor puede influir significativamente en su evolución clínica y en las repercusiones que dicho dolor genera (2), **no se ha reportado el perfil de referencia específico del paciente que llega por primera vez de la Clínica del Dolor del HGZ 1 en Aguascalientes**, lo que limita la gestión de recursos, planificación estratégica adaptada a los padecimientos locales. El conocer esta información permite la formación de recursos humanos en salud, la adquisición de medicamentos e inclusión de dispositivos específicos para intervencionismo, su utilidad práctica en entornos

clínicos reales (1), y desarrollo de protocolos de referencia desde las demás especialidades e incluso guías de práctica clínica locales.

Por otro lado, después de la revisión de antecedentes científicos, **no encontramos consenso** entre las conclusiones de los diferentes autores desde los fenotipos poblacionales de pacientes con dolor crónico, así como del momento en que son referidos a unidades especializadas y de los factores involucrados en dolor crónico, por lo que **no se cuenta con suficientes evidencias conclusivas** en la caracterización de estos pacientes.

Ante la ausencia de datos locales precisos, surge la siguiente pregunta de investigación.

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la caracterización algológica de los pacientes de primera vez en la clínica de dolor del HGZ1 IMSS Ags?

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL:

- Caracterizar algológicamente a los pacientes de primera vez en la clínica de dolor del HGZ1 IMSS Aguascalientes.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Registrar las características demográficas de los pacientes de primera vez de la clínica de dolor del Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes.
- Describir las características clínicas de los pacientes de primera vez de la Clínica del Dolor del Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes.
- Evaluar el tiempo de evolución y la intensidad del dolor registrada al momento de la primera valoración en términos de escalas estandarizadas.
- Establecer el manejo analgésico previo al ingreso a la Clínica del Dolor de primera vez de la clínica de dolor del Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes.
- Analizar la existencia de asociaciones entre el tiempo de evolución del dolor y características algológicas en los pacientes de primera vez de la clínica de dolor del Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes.

6. HIPÓTESIS

Dado a que se trata de un estudio observacional descriptivo, no requiere hipótesis.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo.

7.2. LUGAR DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO:

Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Aguascalientes, Ags.

7.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Pacientes mayores de 18 años, referidos de primera vez a la consulta de clínica de dolor del HGZ 1, fundamentado en diseño retrospectivo acorde a Martínez-Ruiz y cols. (2), referidos de cualquier servicio con el diagnóstico de dolor crónico, incluyendo dolor oncológico y no oncológico, en el periodo de enero a diciembre de 2024.

7.4. UNIVERSO DE ESTUDIO:

Pacientes adultos atendidos por primera vez en la consulta de clínica de dolor del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Aguascalientes.

7.5. MUESTREO:

Al ser un estudio retrospectivo transversal tipo censal, el tamaño de la muestra fue todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión en el periodo indicado. Se realizó un muestreo no probabilístico, a conveniencia, donde fueron ingresados todos los pacientes que acudieron a la clínica de dolor por primera vez entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2024 y que cumplieron los criterios de selección.

7.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.6.1. Criterios de inclusión

- Pacientes derechohabientes del Hospital General de Zona No. 1 IMSS Aguascalientes.
- Pacientes atendidos en clínica de dolor por primera vez en el año 2024.
- Ambos sexos.
- Pacientes mayores de 18 años.

7.6.2. Criterios de exclusión

- Pacientes subsecuentes de clínica del dolor durante el periodo de estudio.
- Pacientes que hayan recibido previamente manejo por Clínica del Dolor y hayan abandonado.

7.6.3. Criterio de eliminación

- Casos duplicados, pacientes con más de una referencia a Clínica del Dolor.
- Expediente que durante su revisión se observe que se encuentra incompleto.

7.7. VARIABLES

Tabla 1. Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Unidades de medición
Edad	Tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la inclusión en el estudio (RAE)(20)	Tiempo de vida del paciente al inicio del protocolo.	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Variable genética y biológica que divide a las personas en hombre y mujer (RAE)(20)	Sexo del paciente registrado en el expediente	Cualitativa nominal	1=Hombre 2=Mujer
Antecedentes crónico-degenerativos (comorbilidades)	Presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en una persona por más de 3 meses o más (RAE)(20)	Antecedente de enfermedad crónica registrada en el expediente	Cualitativa nominal	1=Diabetes 2=Hipertensión 3= Cáncer 4=enfermedad reumatológica 5= Otra 6 = Ninguna
Servicio de referencia	El responsable de dar acceso a la información a quien la necesite en el	Obtenido del expediente	Cualitativa nominal	1= traumatología 2= neurocirugía 3= medicina interna 4= oncología

	momento y forma precisa. En este caso atención y tratamiento oportuno (21)			5= reumatología 6= otro
Tratamiento previo a valoración por clínica del dolor	Conjunto de médicas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades. (22)	Tratamiento obtenido del expediente	Cuantitativa nominal	1= AINES 2= opioides 3= antidepresivos 4= no farmacológico
Numero de meses con dolor crónico previo a valoración por clínica de dolor	Expresión de una cantidad, con relación a su unidad.	Obtenido del expediente	Cuantitativa nominal	1 - n
Diagnostico emitido por clínica de dolor	Característica del dolor dada por duración, patogenia, localización, curso e intensidad (23)	Obtenido del expediente	Cuantitativa nominal	1= nociceptivo 2= neuropático 3= oncológico 4= indeterminado
EVA	Grado de fuerza con que se manifiesta un agente natural, una magnitud física, cualidad o expresión. (20)	Obtenido del expediente	Cuantitativa discreta o nominal	0-10
Tratamiento inicial por clínica de dolor	Conjunto de médicas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades. (22)	Tratamiento obtenido del expediente	Cuantitativa nominal	1= AINES 2= opioides 3= antidepresivos 4= no farmacológico

7.8. INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Se utilizó una hoja de registro de datos (Anexo A) diseñada para este estudio, en donde se recolectaron la ficha de identificación del paciente y datos demográficos (ID del paciente, edad, sexo, crónico-degenerativos, servicio de referencia) y la caracterización algológica (diagnóstico de referencia, tratamiento previo, diagnóstico de clínica de dolor, tratamiento inicial, número de meses con dolor crónico previo a valoración por clínica de dolor, EVA).

7.9. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

I. El protocolo se sometió a aprobación por el comité local de investigación y el comité de bioética en investigación.

II. Tras su autorización, se solicitó al departamento de archivo clínico la lista de pacientes que acudieron por primera vez a la consulta de clínica de dolor en el Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Aguascalientes, Aguascalientes, en el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre de 2024. Se mostró la carta de no inconveniente (Anexo E) para que el personal del archivo permitiera el acceso a los expedientes y se recabaron los datos de aquellos expedientes que cumplieron los criterios de inclusión.

III. Se seleccionaron todos los expedientes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos para el estudio.

IV. Se registraron los datos demográficos: edad, sexo, crónico-degenerativos, servicio de referencia; y clínicos: servicio de referencia, tratamiento previo, diagnóstico algológico, tratamiento inicial, origen del dolor, sitio de localización, temporalidad, dinámica e intensidad de cada paciente, por medio de la técnica de revisión del expediente clínico.

V. Todos los datos fueron recopilados y resguardados de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en una base de datos en Excel®. Se realizó el análisis estadístico descriptivo con porcentajes y frecuencias, así como análisis para explorar posibles tendencias de asociación entre las características algológicas al ingreso a la Clínica del Dolor y el tiempo de evolución del dolor mediante el software IBM SPSS v27. El tiempo de resguardo de la información fue de 10 años.

7.10. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La técnica aplicada para la recolección de la información fue la revisión de expedientes del archivo clínico. El material empleado para este propósito fue una ficha de recolección de datos, la cual fue estructurada en función de las variables del estudio (Anexo A). Este material fue diseñado por el investigador exclusivamente

para dicho propósito y no constituyó un instrumento de medición, sino una herramienta de almacenamiento temporal de datos.

7.11. MÉTODO PARA EL CONTROL DE CALIDAD Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Para disminuir sesgo de selección se contó con una población bien delimitada (criterios de inclusión), evitando así sesgos de autoselección. Por ser un estudio retrospectivo no presentó pérdidas de seguimiento ni sesgo de memoria. Para evitar sesgos de procesamiento de los datos, se decodificó una base y fue revisada por el estadista del hospital para descartar errores de codificación.

7.12. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se empleó el software estadístico SPSS v27 para llevar a cabo el procesamiento de los datos. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables de estudio. Para el análisis descriptivo se calcularon frecuencias y porcentajes para variables de naturaleza cualitativa. En el caso de las variables cuantitativas se determinaron media y frecuencia. Se utilizaron tablas y gráficos para presentar la información. Para el análisis orientado a explorar posibles tendencias de asociación entre las características algológicas al ingreso a la Clínica del Dolor y el tiempo de evolución del dolor, se realizaron análisis de X^2 , prueba t o análisis de regresión, dependiendo del número de expedientes de pacientes incluidos en el estudio.

7.13. ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto de investigación fue sometido a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud, el cual determinó su evaluación y aceptación. La investigación, que involucró seres humanos, se rigió por el criterio fundamental de respetar su dignidad y proteger sus derechos, de acuerdo con las disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, específicamente en su artículo 17 (24). La investigación se clasificó como “sin riesgo”, ya que empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas y revisión de expedientes clínicos, en los que no se identificó ni se trataron aspectos sensitivos de su conducta.

Este proyecto se adhirió a documentos y declaraciones éticas, como la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la Declaración de Taipéi sobre las consideraciones éticas en bases de datos de salud y biobancos, y la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial. También siguió los principios del Código de Nuremberg, asegurando el consentimiento informado y la libertad de los sujetos de estudio para participar o retirarse.(25)

No se expuso a los participantes a riesgos ni daños innecesarios, y se requirió la firma de una carta de excepción de consentimiento informado (Anexo D) para su inclusión en el estudio. Se respetaron los principios bioéticos de Beauchamp y Childress, que incluyen la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia (26)

- La autonomía implicó el respeto a la capacidad de autodecisión y autodeterminación, así como la consideración de la privacidad de los pacientes y la salvaguarda de la confidencialidad de los datos.

- El principio de beneficencia fue aplicable al estudio, a pesar de ser retrospectivo, ya que se centró en prevenir, eliminar o proporcionar beneficios a otros.
- El principio de no maleficencia implicó la obligación de evitar causar daño intencionalmente, no inducir dolor o sufrimiento, abstenerse de causar daño fatal o incapacitante, y abstenerse de perjudicar intereses.
- El principio de justicia, basado en “dar a cada uno lo suyo”, se relacionó con brindar un tratamiento equitativo y adecuado conforme a lo que es debidamente justo para cada individuo, de manera imparcial, equitativa y apropiada.

La recopilación y manejo de datos se realizarán de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales y la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico (apartados 5.4, 5.5 y 5.7) (27).

En caso de resultados inesperados, el investigador principal informó al presidente del Comité de Ética.

Se garantizó que tanto el investigador principal como el personal docente conservaran la confidencialidad de los datos y toda la documentación del estudio durante un período de 10 años.

Valor científico poblacional: con este estudio se pretendió valorar las características y variables de los pacientes que acudieron por primera vez a consulta de clínica de dolor con el fin de determinar las particularidades de la población con diagnóstico de dolor crónico en Aguascalientes, otorgando un valor científico en nuestra población debido a que fue un estudio descriptivo que generó información para poder escalar en los niveles de investigación hacia estudios relacionales o explicativos.

7.14. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

7.14.1. Recursos humanos

- Investigador principal y director de tesis: Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro
- Investigador asociado (tesista) Dra. Ana Lucia Ruiz Pérez.

7.14.2. Recursos financieros:

La papelería fue proporcionada por los investigadores y no se requirió inversión financiera adicional por parte de la institución, ya que se emplearon los recursos con los que se contaba actualmente.

El costo estimado se presentó en la siguiente tabla:

Concepto	Cantidad	Costo Unitario	Costo Subtotal
Búsqueda de Bibliografía	10 veces	\$ 100.0	\$ 1,000.0
Uso de computadora	14 veces	\$ 50.0	\$ 700.0
Memoria USB marca Kingston	1	\$ 350.0	\$ 350.0
Internet	6 meses	\$ 200.0	\$ 1,200.0
Impresiones y empastado	1 vez	\$ 3,000.0	\$ 3,000.0
Difusión del conocimiento	1 vez	\$ 1,800.0	\$ 1,800.0
Licencia IBM ® SPSS v27	1 vez	\$ 2,000.0	\$ 2,000.0
SUBTOTAL		\$ 7,500.0	\$10,050.0

7.15. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Descripción de la actividad	2025										2026	
		Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
A													
1	Búsqueda de Bibliografía	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
		R	R	R	R	R	R	R	R	R	R		
2	Redacción del Proyecto			P	P								
				R	R								
3	Revisión del Proyecto				P	P							
					R	R							
4	Presentación al comité local de investigación				P	P	P						
					R	R	R						
5	Evaluación del comité local de investigación						P	P	P				
							R	R	R				
6	Evaluación del comité local de ética						P	P	P				
							R	R	R				
B													
1	Recolección de datos								P	P			
									R	R			
2	Organización y tabulación									P	P		
										R	R		
3	Análisis e interpretación									P	P		
										R	R		
C													
1	Redacción e informe final									P	P		
										R	R		
2	Aprobación del informe final										P	P	
											R		
3	Impresión del informe final												P
		P	Planeado				R	Realizado					

8. RESULTADOS

La población total del estudio estuvo conformada por 251 pacientes, en quienes se observó un predominio del sexo femenino, que representó poco más de dos tercios de la muestra, mientras que el sexo masculino constituyó aproximadamente una tercera parte, como se aprecia en la **Gráfica 1** y se detalla en la **Tabla 2**. En relación con las características demográficas, la edad promedio de los pacientes fue de 60.53 años, con una amplia dispersión que abarcó desde adultos jóvenes hasta pacientes de edad avanzada, lo que refleja una población heterogénea. En cuanto a las variables antropométricas, la talla media fue de 1.63 metros y el peso promedio de 73.96 kilogramos, con rangos amplios que evidencian variabilidad corporal entre los sujetos estudiados. El índice de masa corporal mostró un valor medio de 27.76 kg/m², compatible con una tendencia global hacia el sobrepeso en la población analizada, tal como se resume de manera integrada en la **Tabla 2**.

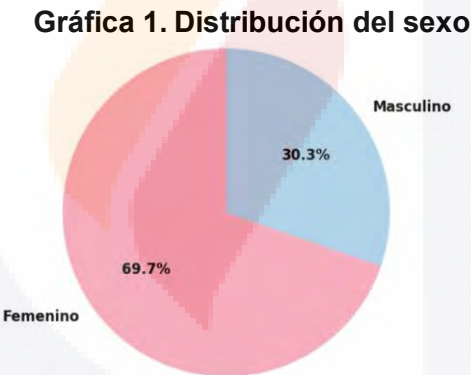


Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes atendidos por primera vez en la Clínica del Dolor

Variable	n	%	Media ± DE	Rango
Femenino	175	69.7	—	—
Masculino	76	30.3	—	—
Edad (años)	—	—	60.53 ± 14.42	19–99
Talla (m)	—	—	1.63 ± 0.09	1.42–1.85
Peso (kg)	—	—	73.96 ± 14.39	40–110
Índice de Masa Corporal (kg/m²)	—	—	27.76 ± 5.12	15.63–39.21

Nota. Los datos cuantitativos se expresan como media ± desviación estándar y rango (mín–máx). Las variables cualitativas se presentan como frecuencia absoluta y porcentaje.
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En cuanto a los antecedentes clínicos, se observó una elevada prevalencia de comorbilidades, destacando la hipertensión arterial como el antecedente más frecuente, presente en el 51.0% de los pacientes, seguida de la diabetes mellitus en el 42.2% y el antecedente de cáncer en el 39.4%, como se documenta en la **Tabla 3**. Asimismo, la obesidad se identificó en poco más de un tercio de la población (34.7%) y el hipotiroidismo en una cuarta parte de los casos (25.5%), mientras que los trastornos degenerativos de la columna vertebral y la enfermedad vascular periférica se presentaron en el 21.9% y 19.5% de los pacientes, respectivamente. Por otro lado, la enfermedad renal crónica se registró en el 12.4%, la osteoartritis en el 8.8% y la fibromialgia en el 8.4%, mientras que la EPOC mostró una baja frecuencia (3.2%). Las enfermedades reumatológicas, neurológicas e infecciosas, como artritis reumatoide, VIH, poliomielitis, enfermedad de Parkinson y lupus eritematoso sistémico, se observaron de forma marginal, cada una con una prevalencia inferior al 1%, lo que evidencia un predominio de comorbilidades cardiovasculares, metabólicas y oncológicas en la población analizada.

Tabla 3. Antecedentes crónico-degenerativos y comorbilidades de los pacientes

Antecedente	No n (%)	Sí n (%)
Hipertensión arterial	123 (49.0)	128 (51.0)
Diabetes mellitus	145 (57.8)	106 (42.2)
Cáncer	152 (60.6)	99 (39.4)
Obesidad	164 (65.3)	87 (34.7)
Hipotiroidismo	187 (74.5)	64 (25.5)
Trastorno degenerativo de columna	196 (78.1)	55 (21.9)
Enfermedad vascular periférica	202 (80.5)	49 (19.5)
Enfermedad renal crónica	220 (87.6)	31 (12.4)
Osteoartritis	229 (91.2)	22 (8.8)
Fibromialgia	230 (91.6)	21 (8.4)
EPOC	243 (96.8)	8 (3.2)
Artritis reumatoide	249 (99.2)	2 (0.8)
VIH	250 (99.6)	1 (0.4)
Poliomielitis	250 (99.6)	1 (0.4)
Parkinson	250 (99.6)	1 (0.4)
Lupus eritematoso sistémico	250 (99.6)	1 (0.4)

Nota. Los datos se expresan como frecuencia absoluta y porcentaje respecto al total de la muestra.

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En relación con la procedencia de los pacientes, se observó que el mayor número de referencias provino del servicio de Oncología, que concentró el 28.3% de los casos, seguido de Medicina Familiar con el 20.3% y Traumatología con el 16.7%, lo que refleja una participación predominante de servicios vinculados tanto a patología oncológica como musculoesquelética, de acuerdo con lo mostrado en la **Tabla 4**. En menor proporción, los pacientes fueron referidos desde Neurocirugía (12.0%) y Reumatología (10.0%), mientras que los servicios de Geriátrica y Cuidados Paliativos aportaron menos del 7% de los casos cada uno. Finalmente, las referencias provenientes de Angiología y Tanatología fueron poco frecuentes, con porcentajes inferiores al 2%, evidenciando una distribución heterogénea de los servicios de origen, con predominio de áreas clínicas y quirúrgicas directamente relacionadas con el manejo del dolor crónico.

Tabla 4. Servicios de referencia de los pacientes atendidos por primera vez en la Clínica del Dolor

Servicio de referencia	No n (%)	Sí n (%)
Oncología	180 (71.7)	71 (28.3)
Medicina Familiar	200 (79.7)	51 (20.3)
Traumatología	209 (83.3)	42 (16.7)
Neurocirugía	221 (88.0)	30 (12.0)
Reumatología	226 (90.0)	25 (10.0)
Geriátrica	235 (93.6)	16 (6.4)
Cuidados paliativos	245 (97.6)	6 (2.4)
Angiología	247 (98.4)	4 (1.6)
Tanatología	248 (98.8)	3 (1.2)

Nota. Los datos se expresan como frecuencia absoluta y porcentaje respecto al total de la muestra.

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En cuanto al manejo farmacológico previo, se observó un uso ampliamente predominante de los antiinflamatorios no esteroideos, empleados por la gran mayoría de los pacientes antes de su valoración, mientras que el uso de opioides fue notablemente bajo, con una proporción menor al 10% de los casos, lo cual se aprecia de manera consistente en la **Gráfica 2** y se detalla en la **Tabla 5**. Asimismo, cerca de cuatro de cada diez pacientes habían recibido fármacos adyuvantes como parte de su tratamiento previo, lo que refleja una estrategia terapéutica más compleja en una proporción relevante de la población. En conjunto, estos hallazgos evidencian que el abordaje inicial del dolor se centró

predominantemente en el uso de AINEs, con un empleo limitado de opioides y un uso intermedio de adyuvantes.

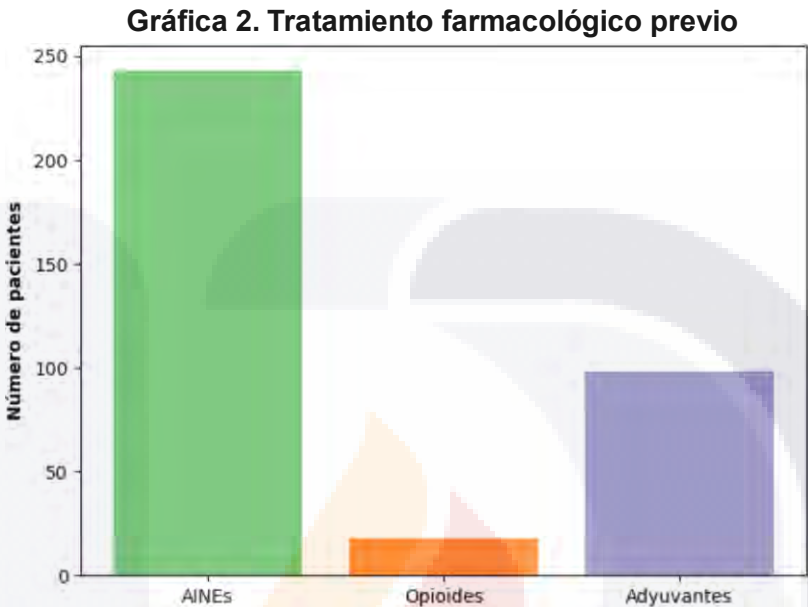


Tabla 5. Tratamiento farmacológico previo al ingreso a la Clínica del Dolor

Grupo farmacológico	No n (%)	Sí n (%)
Opioides	233 (92.8)	18 (7.2)
AINEs	8 (3.2)	243 (96.8)
Fármacos adyuvantes	153 (61.0)	98 (39.0)

Nota. Los datos se expresan como frecuencia absoluta y porcentaje respecto al total de la muestra.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En relación con las características clínicas del dolor, se observó que el dolor de origen oncológico fue el más frecuente, presente en el 37.5% de los pacientes, seguido del síndrome doloroso mixto, identificado en el 21.9%, y del dolor neuropático en el 17.9%, lo que evidencia una carga importante de componentes complejos del dolor en la población analizada, como se muestra en la **Gráfica 3** y se detalla en la **Tabla 6**. En menor proporción se identificó dolor nociceptivo en el 12.7% de los casos y dolor nociplástico en el 10.0%, siendo este último el menos frecuente. En conjunto, estos hallazgos reflejan una distribución heterogénea de los tipos de dolor, con predominio de entidades asociadas a procesos oncológicos y combinaciones de mecanismos fisiopatológicos.

Gráfica 3. Distribución de los tipos de dolor

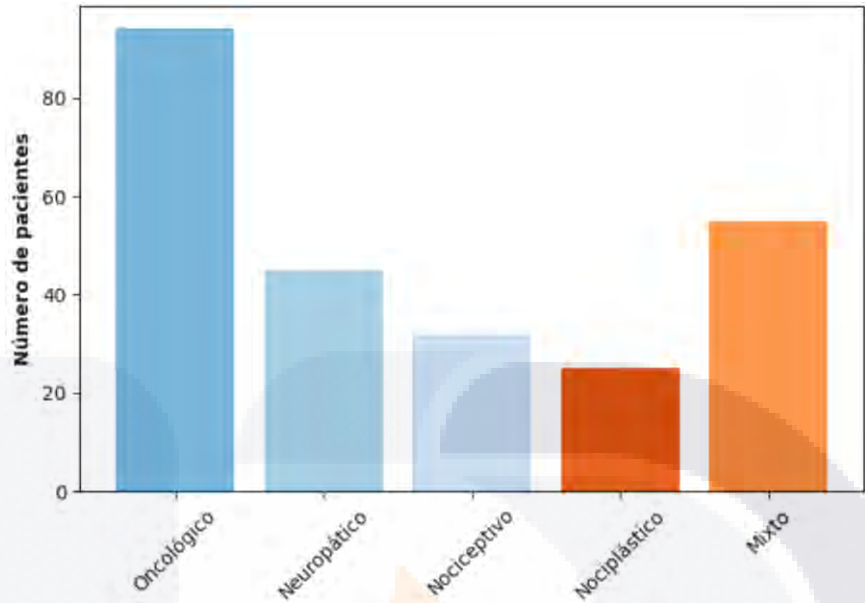


Tabla 6. Características clínicas del dolor en los pacientes evaluados

Tipo de dolor	No n (%)	Sí n (%)
Dolor oncológico	157 (62.5)	94 (37.5)
Dolor neuropático	206 (82.1)	45 (17.9)
Dolor nociceptivo	219 (87.3)	32 (12.7)
Dolor nociplástico	226 (90.0)	25 (10.0)
Síndrome doloroso mixto	196 (78.1)	55 (21.9)

Nota. Las categorías no son mutuamente excluyentes; un mismo paciente pudo presentar más de un tipo de dolor.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En cuanto al tiempo de evolución y la intensidad del dolor al momento de la valoración, los pacientes presentaron un promedio de **5.84 ± 2.89 meses** de evolución del dolor crónico, con un rango que se extendió de **0 a 15 meses**, lo que refleja una variabilidad considerable en el tiempo transcurrido previo a la atención especializada. De manera paralela, la intensidad del dolor evaluada mediante la Escala Visual Análoga mostró una media de **5.48 ± 2.04 puntos**, con valores que oscilaron entre **0 y 10**, evidenciando un nivel de dolor predominantemente moderado al ingreso a la clínica.

Tabla 7. Tiempo de evolución e intensidad del dolor al ingreso a la Clínica del Dolor

Variable	N	Media ± DE	Rango (mín–máx)
Meses con dolor crónico	251	5.84 ± 2.89	0–15

EVA inicial	250	5.48 ± 2.04	0–10
-------------	-----	-------------	------

Nota. EVA = Escala Visual Análoga del dolor.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En relación con los fármacos utilizados antes de la valoración especializada, se observó que el tramadol fue el medicamento más empleado, presente en el **65.3%** de los pacientes, seguido de paracetamol en el **68.5%** y pregabalina en el **59.8%**, lo que refleja un manejo previo centrado en analgésicos y neuromoduladores, como se consigna en la **Tabla 8**. La buprenorfina en parches se utilizó en poco más de una cuarta parte de los casos (**27.9%**), mientras que el celecoxib y la gabapentina se registraron en el **23.9%** y **19.1%**, respectivamente. En contraste, los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina mostraron una baja frecuencia de uso, destacando amitriptilina (**10.0%**), imipramina (**6.0%**) y venlafaxina (**5.2%**), mientras que el empleo de benzodiacepinas y otros psicofármacos fue marginal, con porcentajes inferiores al 2%. En conjunto, estos hallazgos evidencian una predominancia del uso de analgésicos opioides débiles, no opioides y moduladores del dolor neuropático en el manejo previo de los pacientes.

Tabla 8. Fármacos específicos utilizados por los pacientes antes de la valoración en Clínica del Dolor

Fármaco	No n (%)	Sí n (%)
Tramadol	87 (34.7)	164 (65.3)
Buprenorfina (parches)	181 (72.1)	70 (27.9)
Paracetamol	79 (31.5)	172 (68.5)
Celecoxib	191 (76.1)	60 (23.9)
Gabapentina	203 (80.9)	48 (19.1)
Pregabalina	101 (40.2)	150 (59.8)
Amitriptilina	226 (90.0)	25 (10.0)
Imipramina	236 (94.0)	15 (6.0)
Venlafaxina	238 (94.8)	13 (5.2)
Sertralina	249 (99.2)	2 (0.8)
Alprazolam	247 (98.4)	4 (1.6)
Clonazepam	247 (98.4)	4 (1.6)
Otros*	—	—

Nota. Otros fármacos incluyeron lisina, ketorolaco, sulindaco, meloxicam, prednisona, carbamazepina, haloperidol, quetiapina y citalopram, todos con frecuencias menores al 2%.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Al analizar el tiempo de evolución del dolor según el mecanismo predominante, se identificaron diferencias relevantes entre los distintos tipos, observándose el mayor tiempo promedio en los pacientes con dolor nociplástico, con **7.6 ± 3.83 meses**, seguido del dolor neuropático con **6.27 ± 2.72 meses** y del síndrome doloroso mixto con **5.95 ± 2.95 meses**, mientras que los pacientes con dolor oncológico y nociceptivo presentaron promedios menores, como se aprecia en la **Gráfica 4** y se documenta en la **Tabla 9**. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas, evidenciando una variación del tiempo de evolución del dolor en función del tipo de dolor, con un valor de **F = 3.882** y **p = 0.004**.

Gráfica 4. Tiempo medio de evolución según tipo de dolor

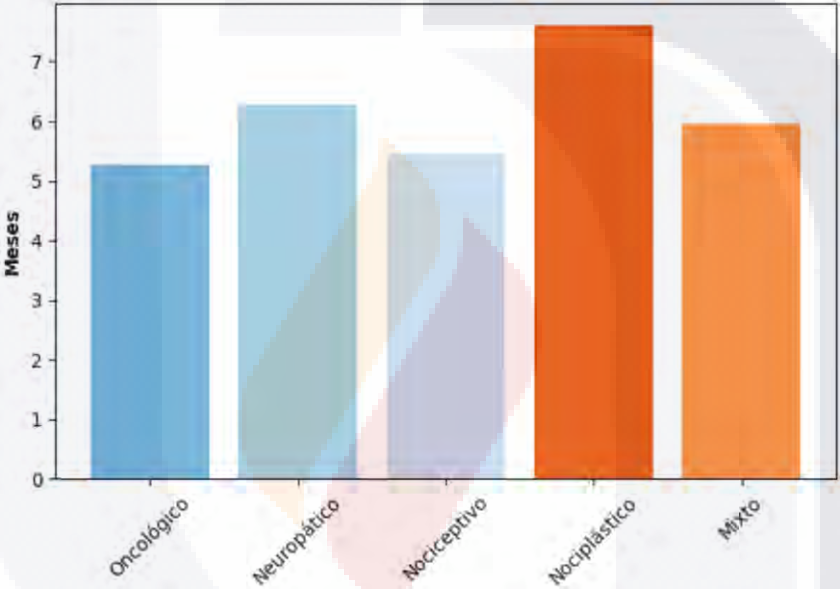


Tabla 9. Comparación del tiempo de evolución del dolor según tipo de dolor (ANOVA)

Tipo de dolor	n	Media (meses)	DE	ANOVA	
				F	Valor p
Dolor oncológico	94	5.26	2.49	3.882	0.004
Dolor neuropático	45	6.27	2.72		
Dolor nociceptivo	32	5.44	2.73		
Dolor nociplástico	25	7.6	3.83		
Síndrome doloroso mixto	55	5.95	2.95		
Total	251	5.84	2.89		

Nota. Los valores se expresan como media y desviación estándar del número de meses con dolor crónico previo a la valoración.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Al evaluar la relación entre el tiempo de evolución del dolor y su intensidad al ingreso, no se identificó una asociación lineal significativa entre ambas variables, observándose un coeficiente de correlación de Pearson bajo ($r = 0.092$), lo que indica una relación débil, sin significancia estadística ($p = 0.149$), como se consigna en la **Tabla 10**. Este hallazgo sugiere que, en la población analizada, la duración del dolor crónico no se relacionó de manera directa con la intensidad del dolor referida al momento de la valoración inicial.

Tabla 10. Correlación entre tiempo de evolución del dolor e intensidad del dolor (EVA inicial)

Variables correlacionadas	r (Pearson)	p	N
Meses con dolor crónico – EVA inicial	0.092	0.149	250

Nota. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.
Fuente: Instrumento de recolección de datos

En relación con el uso de fármacos adyuvantes, se observó que el 39.0% de los pacientes había recibido este tipo de tratamiento previo, mientras que el 61.0% no lo había utilizado, como se muestra en la **Gráfica 5**. Al comparar el tiempo de evolución del dolor según el tipo de tratamiento previo, se identificó que los pacientes que utilizaron fármacos adyuvantes presentaron un mayor tiempo promedio de evolución del dolor (6.44 ± 3.16 meses) en comparación con aquellos que no los emplearon (5.46 ± 2.64 meses), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p = 0.009$), tal como se documenta en la **Tabla 11**. En contraste, no se observaron diferencias significativas en el tiempo de evolución del dolor según el uso previo de AINEs ni de opioides, cuyos valores de p fueron 0.488 y 0.425 , respectivamente.

Gráfica 5. Uso de adyuvantes

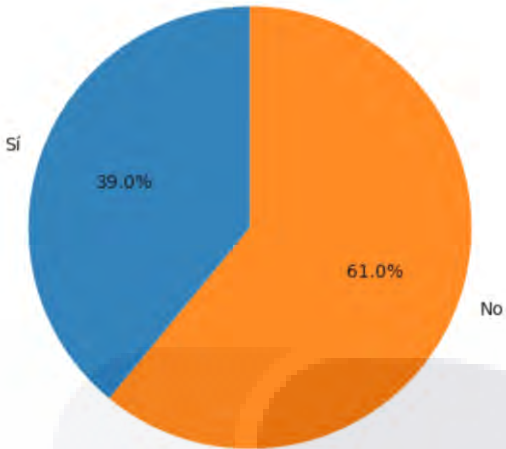


Tabla 11. Tiempo de evolución del dolor según el fármaco utilizado previamente

		n	Media (meses)	DE	p
Uso de AINEs	Sí	243	5.93	2.86	0.488
	No	8	3.25	2.6	
Uso de opioides	Sí	18	5.39	2.43	0.425
	No	233	5.88	2.92	
Uso de adyuvantes	Sí	98	6.44	3.16	0.009
	No	153	5.46	2.64	

Nota. Prueba t de Student para muestras independientes.
Fuente: Instrumento de recolección de datos

9. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten describir un perfil clínico y algológico consistente de los pacientes que acuden por primera vez a la Clínica del Dolor del HGZ1 IMSS Aguascalientes y, al mismo tiempo, ofrecen elementos para interpretar posibles patrones de referencia, complejidad clínica y escalamiento terapéutico en el contexto institucional. El predominio del sexo femenino observado en los resultados de este estudio es un hallazgo reiterado en la literatura sobre dolor crónico y atención en clínicas de dolor, y resulta coherente con la evidencia que identifica a las mujeres como un grupo con mayor carga de dolor persistente y mayor utilización de servicios de salud para su atención. En población mexicana, Martínez-Ruiz y cols. documentaron también una predominancia de mujeres en la primera consulta, lo que refuerza la consistencia de este patrón en nuestro medio y sugiere que la demanda de atención algológica especializada recae de forma importante en el género femenino (2). En la misma línea, Lakha y cols. reportaron una razón mujer:hombre cercana a 1.6:1, lo cual concuerda con el predominio femenino encontrado en este estudio y apoya la idea de que la distribución por sexo en clínicas de dolor tiende a mantenerse estable aun en diferentes sistemas de salud (3). Aunque Cáceres-Matos y cols. estudiaron dolor crónico no oncológico, sus resultados también señalan que, en el grupo con mayor deterioro por dolor, la proporción de mujeres es mayor y se asocia con variables de vulnerabilidad social, lo que sugiere que el género, además de influir en la prevalencia, puede relacionarse con el impacto del dolor y la necesidad de atención especializada (1). La edad promedio cercana a la sexta década de la vida observada en los resultados de este estudio es similar a la descrita por Martínez-Ruiz y cols., quienes reportaron una mediana de 59 años, lo que sugiere que la población que llega por primera vez a la clínica del dolor se concentra principalmente en edades en las que las enfermedades crónico-degenerativas son más frecuentes y donde la limitación funcional asociada al dolor puede ser más relevante (2). En este mismo sentido, el perfil antropométrico con un IMC promedio en rango de sobrepeso puede interpretarse como un elemento que potencialmente contribuye a la persistencia del dolor, en especial cuando se asocia a condiciones musculoesqueléticas, degenerativas y metabólicas, lo que coincide con el hecho de que una parte relevante de la población presentó comorbilidades de este tipo.

La elevada carga de comorbilidades encontrada en los resultados de este estudio constituye uno de los hallazgos más relevantes para contextualizar la complejidad de la población atendida. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus se ubicaron entre las

condiciones más frecuentes, en concordancia con lo reportado por Martínez-Ruiz y cols., aunque en su cohorte la prevalencia de estas comorbilidades fue menor, lo cual podría explicarse por diferencias en la composición diagnóstica y la procedencia de pacientes, así como por la inclusión en el presente estudio de una proporción considerable de casos con antecedente de cáncer (2). En contraste, Lakha y cols. describieron que una fracción importante de sus pacientes presentaba comorbilidades y factores psicosociales concomitantes, subrayando que la experiencia del dolor crónico suele coexistir con condiciones médicas y no médicas que modifican el pronóstico y el abordaje terapéutico, lo cual coincide con la interpretación de este estudio en torno a una población clínicamente compleja desde la primera consulta (3). Aunque en los resultados de este estudio no se evaluaron variables psicosociales o funcionales, la alta frecuencia de comorbilidades metabólicas, cardiovasculares y oncológicas constituye un indicador indirecto de vulnerabilidad clínica y mayor demanda de atención multidisciplinaria, particularmente en escenarios de dolor persistente.

Respecto a la procedencia de los pacientes, el hecho de que la mayor proporción de referencias proviniera de Oncología, Medicina Familiar y Traumatología permite inferir que la carga de dolor crónico en el hospital se vincula tanto con procesos oncológicos como con enfermedades musculoesqueléticas de alta prevalencia. Este patrón es consistente con el concepto de que las clínicas del dolor reciben pacientes con condiciones de alta carga sintomática y mecanismos complejos; en el estudio de Martínez-Ruiz y cols. se observó un predominio de enfermedades musculoesqueléticas, lo cual coincide con el papel que en este estudio tiene Traumatología y otros servicios afines, aunque aquí destaca la contribución de Oncología como principal servicio referidor (2). Este contraste resulta clínicamente relevante: mientras que en algunas unidades especializadas el flujo puede estar dominado por patología musculoesquelética, en el HGZ1 se aprecia una contribución sustancial del dolor asociado al cáncer, lo que sugiere una necesidad particular de fortalecer la integración entre algología y oncología, así como de promover rutas de referencia y seguimiento que prioricen la evaluación temprana del dolor oncológico y sus componentes mixtos. Asimismo, la participación de Medicina Familiar como segundo servicio referidor sugiere un canal relevante de acceso desde el primer nivel, lo que ofrece un punto estratégico para intervenciones educativas o de mejora de procesos orientadas a referencia oportuna y tratamiento inicial estandarizado.

El análisis del manejo farmacológico previo aporta información útil sobre el abordaje terapéutico antes de la valoración especializada y ayuda a explicar parte del comportamiento del tiempo de evolución observado. En los resultados de este estudio se documentó un uso casi universal de AINEs, con empleo limitado de opioides y uso intermedio de fármacos adyuvantes, lo cual sugiere que el tratamiento inicial se apoyó principalmente en analgesia no opioide, con escalamiento parcial hacia estrategias más complejas. Este hallazgo difiere del estudio de Martínez-Ruiz y cols., donde una proporción mayor de pacientes ya tenía prescripción de opioides antes del ingreso y, tras la valoración en la clínica, el uso de opioides se incrementó de forma sustancial, destacando tramadol como el fármaco más utilizado (2). La diferencia puede estar influida por variaciones institucionales en la prescripción, cambios temporales en políticas de control de opioides, disponibilidad de tratamientos y percepción de riesgo asociada a la terapia opioide. En el ámbito internacional, Lakha y cols. reportaron un consumo previo de opioides en aproximadamente un tercio de los pacientes, cifra superior a la observada en este estudio, lo cual podría reflejar diferencias en prácticas clínicas y accesibilidad terapéutica entre sistemas de salud, además de diferencias en el perfil etiológico y duración del dolor (3). Por su parte, Cáceres-Matos y cols. describieron que el consumo de opioides y ansiolíticos se asociaba con mayor deterioro por dolor, lo que permite interpretar que un escalamiento terapéutico hacia opioides y psicofármacos puede ser un marcador de cronicidad y complejidad clínica más que un simple reflejo de la intensidad del dolor (1). En este estudio, el patrón de uso de fármacos específicos —con predominio de paracetamol, tramadol y pregabalina— refuerza una estrategia centrada en analgesia multimodal, especialmente con neuromoduladores para componentes neuropáticos o mixtos, lo cual es congruente con la alta proporción de dolor neuropático y síndrome doloroso mixto observada en los resultados.

En cuanto a la caracterización del tipo de dolor, los resultados de este estudio muestran predominio del dolor oncológico, seguido de síndrome doloroso mixto y dolor neuropático, lo que sugiere que una parte importante de los pacientes presenta mecanismos combinados o complejos que suelen requerir abordajes especializados. En el estudio de Martínez-Ruiz y cols., el síndrome doloroso mixto fue el diagnóstico predominante y se identificó una alta carga de dolor crónico asociado a enfermedad musculoesquelética, lo cual coincide parcialmente con este estudio en términos del peso de los mecanismos mixtos, aunque difiere en la frecuencia del dolor oncológico, probablemente por el perfil de referencia y el

contexto del hospital (2). En este sentido, los resultados de este estudio aportan una caracterización local que permite visualizar la coexistencia de dolor oncológico y no oncológico en la clínica del dolor del HGZ1, elemento relevante para planear recursos, capacitación y rutas clínicas diferenciadas. La intensidad del dolor al ingreso se ubicó en promedio en un nivel moderado y, de manera particularmente importante, no mostró una correlación significativa con el tiempo de evolución, lo que sugiere que la duración del dolor no se traduce necesariamente en mayor intensidad percibida al momento de la valoración inicial. Esta observación es clínicamente útil porque refuerza que la decisión de referir o intensificar el tratamiento no debería basarse únicamente en la intensidad reportada en un momento específico, sino en una valoración integral que incluya mecanismo del dolor, impacto funcional, comorbilidades y respuesta terapéutica previa; esta perspectiva se alinea con la postura de Lakha y cols., quienes enfatizan que “un único tratamiento no funciona para todos” y que el dolor crónico requiere reconocer factores biomédicos, psicológicos y sociales para orientar adecuadamente el manejo (3). Además, el hecho de que el tiempo promedio de evolución previo a la valoración haya sido cercano a seis meses, con un rango amplio, sugiere que existe variabilidad en la oportunidad de referencia, lo cual puede depender del servicio de origen, el mecanismo de dolor y el esquema terapéutico previo.

El análisis de asociaciones aporta un valor adicional al estudio al ofrecer señales sobre patrones clínicos vinculados con la cronicidad. En los resultados de este estudio se observaron diferencias estadísticamente significativas del tiempo de evolución según el tipo de dolor, destacando que el dolor nociplástico presentó mayor duración promedio que otras categorías, seguido del dolor neuropático y del síndrome doloroso mixto. Este hallazgo es coherente con la naturaleza del dolor nociplástico, que suele relacionarse con sensibilización central, persistencia y complejidad diagnóstica, lo cual puede retrasar la identificación del mecanismo predominante y, por ende, la referencia oportuna a clínica especializada. Aunque los estudios comparados no reportan necesariamente el dolor nociplástico como categoría específica, la idea de que ciertos perfiles clínicos se asocian con mayor deterioro o mayor complejidad se encuentra implícita en Cáceres-Matos y cols., donde el grupo con mayor afectación se asoció a mayor edad y consumo de opioides/ansiolíticos, elementos que funcionan como marcadores indirectos de cronicidad y refractariedad (1). De manera adicional, la asociación entre mayor tiempo de evolución y uso previo de fármacos adyuvantes observada en este estudio puede interpretarse como un indicador de escalamiento terapéutico conforme el dolor se prolonga y se vuelve más

complejo, lo cual coincide con la noción de que el tratamiento del dolor crónico suele intensificarse con el tiempo cuando el manejo inicial es insuficiente. En contraste, no se observaron diferencias significativas del tiempo de evolución según el uso previo de AINEs u opioides, lo que puede estar influido por la distribución altamente asimétrica del uso de AINEs (prácticamente universal) y por el bajo número de pacientes con opioides, limitando la capacidad discriminativa de estas comparaciones. En suma, estos hallazgos permiten plantear que la cronicidad en esta población parece estar más relacionada con el mecanismo del dolor y con la necesidad de terapias adyuvantes que con la intensidad reportada en la primera evaluación.

La utilidad de la información derivada de este estudio es múltiple y tiene implicaciones tanto clínicas como organizacionales. En primer lugar, ofrece una base local cuantificable para comprender quiénes son los pacientes que llegan a la clínica del dolor del HGZ1 y cuáles son sus principales mecanismos de dolor, comorbilidades y tratamientos previos, lo cual puede orientar la planificación de recursos, el diseño de algoritmos de atención y la priorización de estrategias educativas dirigidas a servicios referidores. En segundo lugar, al evidenciar el peso del dolor oncológico y de mecanismos mixtos y neuropáticos, el estudio sugiere la conveniencia de fortalecer la coordinación con Oncología, Medicina Familiar y servicios quirúrgicos, así como de promover rutas de referencia temprana, particularmente en pacientes con perfiles compatibles con dolor nociplástico o neuropático, que mostraron mayor tiempo de evolución. En tercer lugar, la ausencia de correlación entre duración e intensidad refuerza la necesidad de valorar el dolor crónico desde una perspectiva integral y no exclusivamente cuantitativa; esto es útil para la práctica clínica porque apoya decisiones terapéuticas basadas en mecanismo e impacto y no solo en EVA. Finalmente, la asociación entre mayor evolución y uso previo de adyuvantes puede funcionar como un marcador práctico para identificar pacientes con mayor cronicidad y complejidad terapéutica, lo que permite orientar estrategias de evaluación inicial y seguimiento.

9.1. Limitaciones y recomendaciones

Al tratarse de un estudio retrospectivo, transversal y unicéntrico basado en revisión de expedientes, los resultados dependen de la calidad del registro clínico y no permiten establecer causalidad, además de limitar la inclusión de variables funcionales, psicosociales y de seguimiento terapéutico; por ello, se recomienda que futuros estudios incorporen diseños prospectivos y longitudinales que evalúen desenlaces clínicos y respuesta al tratamiento, incluyan instrumentos validados de impacto funcional y salud mental, y amplíen el análisis a poblaciones multicéntricas que permitan comparar patrones de referencia, oportunidad de atención y variabilidad institucional en el manejo del dolor crónico.

10. CONCLUSIONES

El presente estudio permitió delinear un perfil algológico claro de los pacientes que acuden por primera vez a la Clínica del Dolor del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Aguascalientes, caracterizado por una población predominantemente femenina, de edad adulta y adulta mayor, con una composición corporal que tiende al sobrepeso y una elevada carga de comorbilidades crónicas. Este contexto clínico sugiere que el dolor crónico en esta población no se presenta como una entidad aislada, sino que se inserta en un escenario de múltiples condiciones médicas coexistentes, principalmente de origen cardiovascular, metabólico y oncológico, lo cual incrementa la complejidad del abordaje terapéutico desde el primer contacto especializado. Desde el punto de vista clínico, el predominio del dolor de origen oncológico y de síndromes dolorosos con componentes mixtos o neuropáticos evidencia que una proporción importante de los pacientes presenta mecanismos fisiopatológicos complejos del dolor, lo que refuerza la necesidad de una evaluación algológica integral y de estrategias terapéuticas individualizadas desde etapas tempranas. El tiempo de evolución del dolor previo a la valoración especializada fue, en promedio, cercano a seis meses, acompañado de una intensidad moderada del dolor al ingreso, lo que sugiere que los pacientes suelen ser referidos tras un periodo prolongado de manejo previo, sin que necesariamente exista una relación directa entre la duración del dolor y la intensidad percibida al momento de la consulta inicial. En relación con el tratamiento analgésico previo, se identificó un abordaje predominantemente conservador, basado casi de manera universal en el uso de antiinflamatorios no esteroideos, con un empleo limitado de opioides y una utilización intermedia de fármacos adyuvantes, lo que refleja una progresión parcial hacia esquemas terapéuticos más complejos antes de la referencia a la Clínica del Dolor. La asociación observada entre un mayor tiempo de evolución del dolor y el uso previo de fármacos adyuvantes sugiere que la complejidad del manejo farmacológico aumenta conforme el dolor se cronifica, particularmente en aquellos pacientes con mecanismos de dolor más complejos, como el nociplástico y el neuropático, que además mostraron tiempos de evolución significativamente mayores.

11. GLOSARIO

Algología:

Rama de la medicina dedicada al estudio, diagnóstico y tratamiento del dolor en sus diferentes manifestaciones, tanto agudas como crónicas, mediante un enfoque integral y multidisciplinario.

Clínica del Dolor:

Unidad médica especializada en la evaluación y manejo del dolor persistente o de difícil control, que integra estrategias farmacológicas, intervencionistas, psicológicas y rehabilitadoras.

Dolor crónico:

Dolor que persiste por un periodo mayor a tres meses o que se prolonga más allá del tiempo esperado de curación tisular, independientemente de su intensidad o causa subyacente.

Dolor oncológico:

Dolor asociado directa o indirectamente a una enfermedad neoplásica, ya sea por infiltración tumoral, efectos secundarios del tratamiento o complicaciones relacionadas con el cáncer.

Dolor neuropático:

Dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial, caracterizado comúnmente por sensaciones de ardor, descarga eléctrica, hormigueo o hiperalgesia.

Dolor nociceptivo:

Dolor originado por la activación de nociceptores como respuesta a daño tisular real o potencial, generalmente asociado a procesos inflamatorios, traumáticos o degenerativos.

Dolor nociplástico:

Dolor resultante de una alteración en el procesamiento nociceptivo, sin evidencia clara de daño tisular ni lesión del sistema nervioso, frecuentemente relacionado con sensibilización central.

Síndrome doloroso mixto:

Condición en la que coexisten dos o más mecanismos de dolor, generalmente nociceptivo y neuropático, lo que incrementa la complejidad diagnóstica y terapéutica.

Escala Visual Análoga (EVA):

Instrumento unidimensional para medir la intensidad del dolor, generalmente representado por una línea de 0 a 10, donde 0 indica ausencia de dolor y 10 el dolor máximo imaginable.

Tiempo de evolución del dolor:

Periodo transcurrido desde el inicio del dolor hasta el momento de la valoración médica, expresado comúnmente en meses o años.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs):

Grupo de fármacos con efecto analgésico, antiinflamatorio y antipirético, utilizados de forma frecuente como tratamiento inicial del dolor.

Opioides:

Fármacos analgésicos que actúan sobre receptores opioides del sistema nervioso central y periférico, indicados para el tratamiento del dolor moderado a severo.

Opioides débiles:

Subgrupo de opioides, como el tramadol, utilizados para dolor de intensidad leve a moderada y con menor potencia analgésica en comparación con opioides fuertes.

Fármacos adyuvantes:

Medicamentos que no son analgésicos primarios, pero que contribuyen al control del dolor, especialmente neuropático o crónico, incluyendo antidepresivos, anticonvulsivantes y neuromoduladores.

Neuromoduladores:

Fármacos que modifican la transmisión de señales nerviosas, utilizados principalmente en el tratamiento del dolor neuropático y nociplástico, como gabapentina y pregabalina.

12. REFERENCIAS

1. Cáceres-Matos R, Gil-García E, López-Millán JM, Martínez-Navas Á, Peña I, Cabrera-León A. Profiles of adult people in a Spanish sample with chronic pain: Cluster analysis. *J Adv Nurs*. el 1 de septiembre de 2022;78(9):2837–48.
2. Martínez-Ruiz YI, Cruz-Nocelo EJ, Serratos-Vázquez MC. Algological profile of the patient with musculoskeletal system disease. *Revista Mexicana de Anestesiología*. julio de 2021;44(3):166–72.
3. Lakha SF, Deshpande A, Assimakopoulos D, Mailis A. Demographics, Pain Characteristics and Diagnostic Classification Profile of Chronic Non-Cancer Pain Patients Attending a Canadian University-Affiliated Community Pain Clinic. *Pain Ther*. el 1 de diciembre de 2021;10(2):1413–26.
4. Pérez-Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR, Pérez JR. El dolor y su tratamiento a través de la historia. Vol. 12, *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2005.
5. Dolor en Mexico - A L G I A [Internet]. [citado el 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://algia.org.mx/el-dolor-en-meacutexico.html>
6. José Cid C, Juan Pablo Acuña B, Javier de Andrés A, Luis Díaz J, Leticia Gómez-Caro A. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? evaluación del paciente con dolor crónico. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. el 1 de julio de 2014 [citado el 9 de agosto de 2025];25(4):687–97. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-que-como-evaluar-al-paciente-S0716864014700902>
7. Guy-Coichard C, Rostaing-Rigattieri S, Doubrère JF, Boureau F. Actitud frente al dolor crónico. *EMC - Anestesia-Reanimación*. enero de 2005;31(2):1–17.
8. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2020;232–3.

9. Wilfredo J, Piérola Z. Acta Med Per 24(2) 2007 3 Bases fisiopatológicas del dolor Physiopathological bases of the pain.
10. Montero Matamala A, Samper Bernal D, Fuentes JV, Dinten MJR, Jiménez Cosmes L, Matamala M, et al. Estudio para evaluar el perfil del paciente que acude en primera visita a Unidades de Dolor de centros hospitalarios españoles (estudio PANDHORA). Revista de la Sociedad Española de Dolor. abril de 2011;18:219–27.
11. Zarco AG, Becerra Gálvez AL, Tron Álvarez R, Solís PH, Elizabeth B, Barrón I. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO Universidad Nacional Autónoma de México [Internet]. Vol. 21, Revista Electrónica de Psicología Iztacala. CDMX; 2018 sep. Disponible en: www.revistas.unam.mx/index.php/revpiwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
12. Covarrubias-Gómez A. Revista Mexicana de Anestesiología Anestesiología Anestesiología Las clínicas del dolor en México. www.medigraphic.com HISTORIA [Internet]. 2008 [citado el 13 de agosto de 2025];31(1):66–70. Disponible en: www.medigraphic.com
13. Boonstra AM, Schiphorst Preuper HR, Reneman MF, Posthumus JB, Stewart RE. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. International Journal of Rehabilitation Research. junio de 2008;31(2):165–9.
14. Covarrubias-Gómez A, Guevara-López U, Gutiérrez-Salmerón C, Betancourt-Sandoval J, Córdova-Domínguez J. Epidemiología del dolor crónico en México. Revista Mexicana de Anestesiología [Internet]. 2010;33(4):279–88.
15. Dirección General de Comunicación Social U. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2023_793.html. 2023. 27 por ciento de la población en México vive con dolor.

16. Martínez-Ruiz YI, Cruz-Nocelo EJ, Serratos-Vázquez MC. Perfil algológico del paciente con enfermedad del sistema musculoesquelético. Revista Mexicana de Anestesiología. 2021;44(3):166–72.
17. ARAOS S. B. Manejo multidisciplinario del dolor crónico. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2007;18(3):228. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es>
18. Convocatoria-2025-Temas-Prioritarios.
19. Manuel Juárez-Lemus Á, de la Asociación Mexicana para el Estudio Tratamiento del Dolor Médico adscrito P. Avanzando en el abordaje del dolor crónico en México. A propósito del foro de la conciencia social ante el dolor crónico: la ruta para una comunidad movilizada. Revista mexicana de anestesiología [Internet]. el 1 de julio de 2024 [citado el 13 de agosto de 2025];47(3):145–6. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032024000300145&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario | RAE - ASALE [Internet]. [citado el 18 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
21. Definición servicio de referencia [Internet]. [citado el 18 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ugr.es/~olivares/curso.pdf>
22. Qué es Tratamiento. Diccionario Médico. Clínica U. Navarra [Internet]. [citado el 18 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tratamiento>
23. Puebla Diaz F. TIPOS DE DOLOR Y ESCALA TERAPEUTICA DE LA O.M.S. Madrid; 2005 mar.
24. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. [citado el 18 de noviembre de 2024]. Disponible en:

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5607368&fecha=10/12/2020#gs
c.tab=0

25. Comisión Nacional de Bioética. Comisión nacional de bio+etica. [citado el 18 de noviembre de 2024]. p. 1–7 Declaración de Helsinki. Disponible en: <https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>
26. Comisión Nacional de Bioética. Código de Nuremberg [Internet]. [citado el 18 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL_Cod_Nuremberg.pdf
27. Enrique Fajardo Dolci G. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012 . 2012. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. -Secretaría de Salud.

13. ANEXOS

ANEXO A. HOJA DE REGISTRO DE DATOS

Perfil clínico y demográfico

Id paciente	Edad	Sexo	Antecedentes crónico-degenerativos	Servicio de referencia	Tratamiento previo a valoración por clínica de dolor
		1= hombre 2= mujer	1=diabetes 2=hipertensión 3= Cáncer 4= enfermedad reumatológica 5= otro 6= sin enfermedad	1= traumatología 2= neurocirugía 3= medicina interna 4= oncología 5= reumatología 6= otro	1= AINES 2= opioides 3= antidepresivos 4= no farmacológico

Caracterización algológica

Número de meses con dolor crónico previo a valoración por clínica de dolor	Diagnostico emitido por clínica de dolor	Tratamiento inicial	EVA
_____ meses	1= nociceptivo 2= neuropático 3= oncológico 4= indeterminado	1= AINES 2= opioides 3= antidepresivos 4= no farmacológico	1 - 10

ANEXO B. MANUAL OPERACIONAL DE HOJA DE REGISTRO DE DATOS

Perfil clínico y demográfico

Id paciente	Edad	Sexo	Antecedentes crónico-degenerativos	Servicio de referencia	Tratamiento previo a valoración por clínica de dolor
A	B	C	D	E	F
		1= hombre 2= mujer	1=diabetes 2=hipertensión 3= Cáncer 4= enfermedad reumatológica 5= otro 6= sin enfermedad	1= traumatología 2= neurocirugía 3= medicina interna 4= oncología 5= reumatología 6= otro	1= AINES 2= opioides 3= antidepresivos 4= no farmacológico

Caracterización algológica

Número de meses con dolor crónico previo a valoración por clínica de dolor	Diagnostico emitido por clínica de dolor	Tratamiento inicial	EVA
G	H	I	J
meses	1= nociceptivo 2= neuropático 3= oncológico 4= indeterminado	1= AINES 2= opioides 3= antidepresivos 4= no farmacológico	1 - 10

Instrucciones:

Letra	Dato	Instrucción
A	ID del paciente	Numero del caso del protocolo. (otorgado por investigador)
B	Edad	Obtenido de expediente clínico, se registrará el número de años cumplidos

C	Sexo	Obtenido del expediente clínico se registra 1 si es mujer 2 si es hombre
D	Antecedentes crónico-degenerativos	Se registrará el numero correspondiente en caso de padecer alguna de las afecciones mostradas en la tabla
E	Servicio de referencia	Obtenido del expediente clínico. Se identificará el servicio que envía a consulta de clínica de dolor
F	Tratamiento previo a valoración por clínica de dolor	Descripción de tratamiento empleado anteriormente
G	Número de meses con dolor crónico previo a valoración por clínica de dolor	Descripción en meses de la evolución del dolor
H	Diagnostico emitido por clínica de dolor	Obtenido del expediente clínico. Se especificará el diagnostico descrito en la nota de valoración de clínica de dolor
I	Tratamiento inicial	Obtenido del expediente clínico. Se describirá el tratamiento prescrito en la primera consulta de acuerdo con el valor numérico descrito en la tabla.
J	EVA	Con ayuda del expediente clínico reportar de acuerdo con la escala de dolor la intensidad (0-10)

ANEXO C. MATRIZ DE CONGRUENCIA

TITULO	Caracterización algológica de los pacientes de primera vez en la clínica de dolor del HGZ1 IMSS AGS
PREGUNTA DE INVESTIGACION	¿Cuál es la Caracterización algológica de los pacientes de primera vez en la clínica de dolor del HGZ1 IMSS AGS?
OBJETIVOS	Objetivo general: Caracterizar algológicamente a los pacientes de primera vez en la clínica de dolor del HGZ1 IMSS Aguascalientes. Objetivos específicos: • Registrar las características demográficas de los pacientes de primera vez de la clínica de dolor del Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes. • Describir las características clínicas de los pacientes de primera vez de la Clínica del Dolor del Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes. • Evaluar el tiempo de evolución y la intensidad del dolor registrada al momento de la primera valoración en términos de escalas estandarizadas. • Establecer el manejo analgésico previo al ingreso a la Clínica del Dolor de primera vez de la clínica de dolor del Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes. • Analizar la existencia de asociaciones entre el tiempo de evolución del dolor y características algológicas en los pacientes de primera vez de la clínica de dolor del Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes.
HIPOTESIS	Dado a que se trata de un estudio descriptivo que no contrasta, compara u obtiene inferencia de datos, no requiere hipótesis.

VARIABLES	• Edad • Sexo • Antecedentes crónico-degenerativos • Servicio de referencia • Diagnóstico de referencia • Tratamiento previo a valoración por clínica de dolor • Numero de meses con dolor crónico previo a valoración por clínica de dolor • Diagnostico emitido por clínica de dolor • EVA con el que ingresa a clínica de dolor • Tratamiento inicial por clínica de dolor
INSTRUMENTOS	Expediente electrónico, base de datos y software IBM SPSS v27
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	Estudio retrospectivo y observacional
MUESTRA	Pacientes mayores de 18 años referidos de primera vez a la consulta de clínica de dolor del HGZ1, referidos de cualquier servicio con diagnóstico de dolor crónico, incluyendo dolor oncológico y no oncológico, en el periodo de enero a diciembre de 2024.
METODO	Se solicitará al departamento de archivo clínico la lista de pacientes que acudieron por primera vez a la consulta de clínica de dolor del HGZ1 del IMSS AGS en el periodo de enero a diciembre 2024. Seleccionando los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, se recopilaran datos demográficos y clínicos relevantes, los datos serán recopilados en una base de datos de Excel® y se realizara un análisis estadístico mediante el software IBM SPSS v27.

ANEXO D. CARTA DE EXCEPCIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL El Seguro Social para todos	Organismo Queer del Departamento de Aguascalientes Coordinación de Investigación en Salud Hospital General de Zona
Excepción por la carta de consentimiento informado		

Fecha: Aguascalientes, Aguascalientes, a 14 de agosto de 2025

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de **Hospital General de Zona No. 1** que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación **"Caracterización algológica de los pacientes de primera vez en la clínica de dolor del hgzi IMSS Ags."**, es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- Edad
- Género
- Antecedentes crónico-degenerativos
- Servicio de referencia
- Tratamiento previo y actual
- Diagnóstico algológico
- Características del dolor (origen, tipo de dolor, localización, temporalidad, dinámica/intensidad)

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **"Caracterización algológica de los pacientes de primera vez en la clínica de dolor del hgzi IMSS Ags."**, cuyo propósito es producto **comprometido de tesis**.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.



Atentamente
 Nombre: **Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro**
 Categoría contractual: **Médico no Familiar DBO (anestesiología)**
 Investigador Responsable

ANEXO F. ESCALA VISUAL ANALOGICA (EVA)

