

Rev. Soc. Esp. Dolor
1: 9-19; 2007

Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria

M. C. López-Silva¹, M. Sánchez de Enciso¹, M. C. Rodríguez-Fernández¹, E. Vázquez-Seijas¹

López-Silva M.C., Sánchez de Enciso M., Rodríguez-Fernández M. C., S. Vázquez-Seijas E.

CAVIDOL: quality of life and pain in primary care

SUMMARY

Introduction

The valuation of the quality of life (QL) of our patients is an aspect of the pathological process more and more considered when carrying out the anamnesis. For it, we have thought about to carry out the present study with an objective double:

- To check if differences exist in the quality of people's life that they consult for painful squares regarding those that consult for other pathologies.
- To know different etiologies of the pain consulted in Primary Care (PC).

Patient and methods

The patients of 10 consultations of PC of the county of Lugo were recruited. A notebook of data collection was designed; that consists of a common part for the two groups objects of the study (age, sex, personal antecedents of interest and data antropometrics) and of another specific one for the cases, that is to say people that consulted for any painful process, (chronology, type of pain, diagnostic, time of evolution, treatment and result of the analogical visual scale [AVS]). All

the participants they were carried out the survey of quality of life SF-36.

Results

The sample is composed of 347 individuals (170 cases and 177 controls) with a 63 year-old half age (+ / - 31). There were differences statistically significant in all the analyzed aspects of the quality of life among the two groups (physical function, social function, physical problems, emotional problems, mental health, vitality, pain, general health and changes in the time). The most frequent diagnosis in painful process was gonarthrosis/coxarthrosis with 12.69% of the cases, followed by spine osteoarthritis (10.27%). For apparatuses, the most affected is the muscle-skeletal (37.76% of the cases), followed by the nervous system (3.63% of the cases).

Conclusions

- People that consult for painful processes have their quality of life more deteriorated that those that consult for another type of processes.
- The chronic pain impairs the QL in a wider way more than the acute one.
- The most frequent cause in consulted pain is the gonarthrosis/coxarthrosis.
- The apparatus more commonly affected by painful processes it is the muscle-skeletal one.

Key words: Pain, Quality of life, Primary Care.

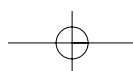
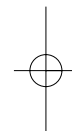
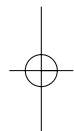
RESUMEN

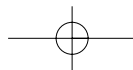
Introducción

La valoración de la calidad es vida de nuestros pacientes es un aspecto del proceso patológico cada vez más considerado a la hora de realizar la anamnesis. Por ello, nos hemos planteado realizar el presente estudio con un doble objetivo:

¹ Médico de Atención Primaria

Recibido: 16/02/2006
Aceptado: 09/10/2006





- Comprobar si existen diferencias en la calidad de vida de las personas que consultan por cuadros dolorosos respecto a las que consultan por otras patologías.
- Conocer diferentes etiologías del dolor consultado en Atención Primaria (AP).

Pacientes y métodos

Se reclutaron los pacientes de 10 consultas de AP de la provincia de Lugo. Se diseñó un cuaderno de recogida de datos al efecto, que consta de una parte común para los dos grupos objetos del estudio (edad, sexo, antecedentes personales de interés y datos antropométricos) y de otra específica para los casos, es decir las personas que consultaron por cualquier proceso doloroso, (cronología, tipo de dolor, diagnóstico, tiempo de evolución, tratamiento y resultado de la escala visual analógica [EVA]). A todos los participantes se les realizó la encuesta de calidad de vida SF-36.

Resultados

La muestra se compone de 347 individuos (170 casos y 177 controles) con una edad media de 63 años (+/- 31). Hubo diferencias estadísticamente significativas en todos los aspectos analizados de la calidad de vida entre los dos grupos (función física, función social, problemas físicos, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor, salud general y cambios en el tiempo). El diagnóstico más frecuente de proceso doloroso fue gonartrosis/coxartrosis con el 12.69 % de los casos, seguido de osteoartritis de columna vertebral (10.27 %). Por aparatos, el más afectado es el músculo-esquelético (37.76% de los casos), seguido del sistema nervioso (3.63% de los casos).

Conclusiones

- Las personas que consultan por procesos dolorosos tienen su calidad de vida más deteriorada que las que consultan por otro tipo de procesos.
- El dolor crónico menoscaba la CV de una manera más amplia que el agudo.
- La causa más frecuente de dolor consultado es la gonartrosis/coxartrosis.
- El aparato más comúnmente afectado por procesos dolorosos es el músculo-esquelético.

Palabras clave: Dolor, calidad de vida, Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

El dolor es un problema médico de primer orden,

constituyendo uno de los motivos más frecuentes en las consultas de Atención Primaria. No existe ningún tipo de duda de que es inherente a la vida, el dolor afecta a la mayoría de la población en varios momentos a lo largo de su vida, alterando en mayor o menor grado su vida personal, social o profesional.

La definición del dolor es enormemente compleja. Probablemente la mejor definición es la realizada por la Internacional Association for Study of Pain (IASP) (1), que lo define como “una experiencia emocional desagradable, asociada o no a una lesión tisular, o que se describe con las manifestaciones propias de tal lesión”.

El dolor en general, es un fenómeno complejo y multideterminado, resultado de la interacción entre factores fisiológicos, psicológicos y socio-culturales (2).

Es muy importante diferenciar entre dolor agudo y crónico, ya que este último es resultado de mecanismos fisiopatológicos diferentes:

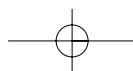
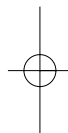
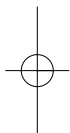
El dolor agudo es un mecanismo de alarma, a través del cual nuestro organismo evita un daño mayor y facilita la reparación de la lesión tisular. La principal característica es la temporalidad de la injuria que lo ocasionó (3).

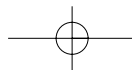
Bonica (4) define el dolor crónico como aquel dolor que persiste al menos un mes más que la lesión causal y que permanece una vez que dicha lesión ha desaparecido. El dolor crónico está considerado como un síndrome, o un conjunto de manifestaciones psíquicas, conductuales y sociales que tienden a considerar el dolor persistente, como una enfermedad en sí misma (3). Carece de propiedades fisiológicas reparadoras, sin función biológica alguna, perpetuándose en ocasiones en ausencia de lesión y constituyendo con frecuencia la única manifestación de la enfermedad.

Melzack (5) propone un modelo de dolor crónico integrado por un componente sensorial o nociceptivo, un componente afectivo (la respuesta del paciente ante el dolor), y un componente cognitivo o evaluativo (interpretación del paciente sobre el dolor).

En este trabajo de investigación consideramos dolor crónico a aquel de duración igual o superior a seis meses [Stembach (6)] ya que es el concepto más utilizado en la literatura científica consultada.

No hay ninguna época de la historia del hombre, en que éste no se haya enfrentado al problema del dolor, intentando darle una explicación y sobretodo de aliviarlo. Escuelas de fisiólogos, antropólogos, teólogos, psicólogos, han contribuido a identificar los mecanismos biológicos y psicológicos del dolor, sin embargo seguimos estando muy lejos de su total comprensión.





Para nosotros, la mejor forma de ejercer la medicina, es no olvidando el antiguo concepto aristotélico, intentando tener una visión lo más global posible de los problemas del hombre, desplazando al riguroso tecnicismo que generalmente rodea el estudio del paciente, sectorizándolo y dividiéndolo en diferentes cuadros nosológicos.

El médico de Atención Primaria (AP) es buen conocedor de cómo hay pacientes que se quejan de dolor en términos nada ajustados a la patología identificada. De cómo algunos pacientes se ven incapacitados por problemas que apenas debería incapacitarlos. O también de pacientes que adoptan un tono de queja, de ira, exigiendo que se les trate un problema que no está adecuadamente diagnosticado y tratado. Resulta difícil abordar estos problemas. La inconsciencia entre la patología definida y las quejas puede ser debida a que no ha sido adecuadamente valorado y cuantificado el daño orgánico que justifiquen el dolor o bien a que el dolor se ve potenciado o mantenido por factores psicosociales. Esto ocurre, principalmente, una vez que el dolor es convenientemente tratado, y aún así persiste, o cuando se trata de un problema crónico (dolor neoplásico, dolor lumbar, etc). Así el dolor persiste porque se ve potenciado por diversos factores implicados en la percepción de éste. El dolor es una experiencia perceptiva en la que influye de forma determinante, además de la estimulación de los receptores nociceptivos, los factores de la atención, emocionales, del comportamiento y cognitivos que ejercen su influencia a través de distintas estructuras diencefálicas y telencefálicas (7).

Definimos la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), como el valor asignado por las propias personas a su vida en algunos aspectos físicos, psíquicos y sociales, componentes de la salud en los que influyen experiencias, creencias, expectativas y percepciones de la persona. Es por tanto una valoración individual muy influenciada por la percepción subjetiva de cada individuo, por su entorno político, social, económico y cultural y es un valor que se modifica en estados de enfermedad, deficiencia o accidente (8,9).

Usamos el término CVRS porque valora aspectos de la vida que no son habitualmente considerados como salud; incluye recursos económicos, autonomía y características del entorno, que muchas veces condicionan de forma adversa la salud y sin embargo no suelen ser centro de interés para médicos e investigadores (10).

La preocupación por aumentar la esperanza de vida ha llevado a plantear la mejora de su calidad. El paciente no se limita a pedir que le quiten el dolor,

también exige que sea sin efectos secundarios (11); el control del dolor, su medición y valoración debe ir acompañada de la medición de la calidad de vida del enfermo (11,12,13). La conjunción de estos aspectos es lo que realmente permite hablar de un tratamiento del dolor de calidad.

OBJETIVOS

La valoración de la CVRS de nuestros pacientes es un aspecto del proceso patológico cada vez más considerado a la hora de realizar la anamnesis. Por ello, nos hemos planteado realizar el presente estudio con un doble objetivo:

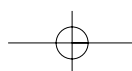
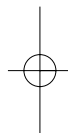
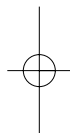
- Comprobar si existen diferencias en la CVRS de las personas que consultan por cuadros dolorosos respecto a las que consultan por otras patologías.
- Conocer diferentes etiologías del dolor consultado en AP.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado durante los meses del invierno de 2005. Se reclutaron los pacientes de 10 consultas de Atención Primaria de la provincia de Lugo. Un cuaderno de recogida de datos al efecto fue diseñado, el cuál consta de una parte común para los dos grupos objetos del estudio, es decir los casos (personas que consultaron por cualquier proceso doloroso) y los controles (aquellas que lo hicieron por procesos no dolorosos): edad, sexo, antecedentes personales de interés y datos antropométricos; la otra parte es específica para los casos: cronología (dolor agudo, dolor crónico), tipo de dolor, diagnóstico, tiempo de evolución, tratamiento y resultado de la escala visual analógica (EVA).

Para evitar sesgos en la selección se eligió un día de cada semana al azar y se incluyó a los dos primeros pacientes que estaban citados para ese día; en caso de negativa a participar se incluía a la siguiente persona que estuviese citada.

A todos los participantes se les realizó la encuesta de calidad de vida SF-36 en su versión validada en España, que consta de 36 ítems que abarcan 8 dimensiones de la salud percibida: función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general. A mayor



puntuación de cada dimensión mejor es el estado de salud.

El rango de las puntuaciones oscila entre 0 y 100.

Análisis de datos

Se empleó la prueba t-Student para comparación de medias, ya que tanto la muestra como cada una de las submuestras cumplieron los dos requisitos necesarios para poder aplicarla, a saber, la distribución de las distintas variables a estudio fue normal y sus varianzas resultaron ser homogéneas.

RESULTADOS

La muestra se compone de 347 pacientes de los que 170 son “casos” y 177 “controles”; dentro de los casos 45 (26%) habían consultado por un dolor agudo, y 117 (74%) lo habían hecho por uno crónico. La edad media de la muestra fue de 63 +/- 31 años. Su distribución según las variables edad y sexo se puede apreciar en la Tabla I. El grupo “control” está formado por el conjunto de pacientes incluidos en el estudio que consultaron por patologías que no provocan dolor. Para evitar factores de confusión cada “caso” y cada “control” fue interrogado acerca de la concurrencia de determinados trastornos crónicos muy prevalentes en nuestra población y que pudieran influir los resultados del test SF-36 con independencia de la presencia o no del síntoma “dolor”, a saber, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la EPOC, los cuadros ansiosos-depresivos y la dislipemia. Como podemos observar en la fig. 1 las prevalencias de estas patologías fueron similares en ambos grupos por lo que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos respecto a ellas.

Tabla I. Distribución de la muestra según las variables edad y sexo.

	Sexo		Edad	
	Varones	Mujeres	> 65	< 65
Controles	28%	72%	47%	56%
Casos	30%	70%	53%	47%
Dolor agudo	47%	53%	17%	83%
Dolor crónico	24%	76%	83%	59%

La diferente prevalencia del dolor agudo y del crónico entre las personas de > 65 años y las de me-

nos de esa edad, así como entre los hombres y las mujeres resultó ser estadísticamente significativa. Los dos grupos a estudio (casos y controles) resultaron ser homogéneos para estas dos variables.

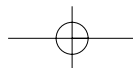
La puntuación media de la EVA en el grupo de dolor agudo fue de 7.8 mientras que en el grupo de dolor crónico fue de 6.9. Esta diferencia fue estadísticamente significativa, sin embargo no lo fue al analizarla según las variables edad y sexo.

Hubo diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones de la calidad de vida que analiza el SF-36 entre el grupo “casos” y el grupo “control”. En la Tabla II a y II b se exponen los resultados del análisis estadístico general de la muestra así como de muestras parciales.

Las figs. 1, 2 y 3 muestran las puntuaciones de las

Tabla II a. Análisis estadístico de las puntuaciones del cuestionario SF 36.

Muestra analizada	Datos analizados	significación estadística de la diferencia de puntuaciones de las dimensiones del Sf-36
Controles Vs Casos	Figura 1	En todas la dimensiones
Controles Vs Agudos	Figura 1	En función social, rol físico y dolor corporal
Controles Vs Crónicos	Figura 1	En todas las dimensiones
Agudos Vs Crónicos	Figura 1	En todas salvo en función física y dolor corpora
Agudos (mujeres) Vs Agudos (hombres)	Figura 2	En ninguna dimensión
Crónicos (mujeres) Vs Crónicos (hombres)	Figura 2	En ninguna dimensión
Agudos (> 65 años) Vs Agudos (< 65 años)	Figura 3	En función física
Crónicos (> 65 años) Vs Agudos (< 65 años)	Figura 3	En función física

**Tabla II b.** Análisis estadístico de las puntuaciones del cuestionario SF-36.

Controles vs casos							
FF	FS	RF	RE	SM	V	DC	SG
p < 0.005	p < 0.005	p < 0.005	p < 0.005	p < 0.005	p < 0.005	p < 0.005	p < 0.005

Controles vs agudos							
FF	FS	RF	RE	SM	V	DC	SG
p = 0.2838	p < 0.005	p < 0.005	p = 0.0523	p = 0.8598	p = 0.1932	p < 0.005	p = 0.7143

Controles vs crónicos							
FF	FS	RF	RE	SM	V	DC	SG
p < 0.005	p < 0.005	p < 0.005	p < 0.005	p < 0.005	p < 0.005	p < 0.005	p < 0.005

Agudos vs crónicos							
FF	FS	RF	RE	SM	V	DC	SG
p < 0.005	p = 0.0625	p < 0.005	p < 0.0426	p < 0.005	p < 0.005	p = 0.1941	p < 0.005

Agudos (mujeres) vs agudos (hombres)							
FF	FS	RF	RE	SM	V	DC	SG
p = 0.3813	p = 0.4655	p = 0.4248	p = 0.9062	p = 0.1828	p = 0.3549	p = 0.0583	p = 0.1970

Crónicos (mujeres) vs crónicos (hombres)							
FF	FS	RF	RE	SM	V	DC	SG
p = 0.6188	p = 0.9244	p = 0.9764	p = 0.2618	p = 0.9144	p = 0.6598	p = 0.5838	p = 0.2744

Agudos (> 65 años) vs Agudos (< 65 años)							
FF	FS	RF	RE	SM	V	DC	SG
p < 0.0374	p = 0.4397	p = 0.1854	p = 0.6189	p = 0.1201	p = 0.3032	p = 0.5120	p = 0.9306

Crónicos (> 65 años) vs crónicos (< 65 años)							
FF	FS	RF	RE	SM	V	DC	SG
p < 0.005	p = 0.9536	p = 0.1289	p = 0.6686	p = 0.1031	p = 0.5070	p = 0.7896	p = 0.1521

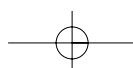
FF= función física; FS= función social; RF= rol físico; RE= rol emocional; SM= salud mental; V=vitalidad; DC= dolor corporal; SG= salud general.

dimensiones analizadas por el SF-36 del total de la muestra, así como de subgrupos de una forma global y para las variables edad y sexo.

El diagnóstico más frecuente de proceso doloroso (fig. 4) fue gonartrosis/coxartrosis con el 25.9 % de los casos, seguido de osteoartritis de columna vertebral (20.9 %) y de la lumbalgia/lumbociática (15.4%). En el apartado “otros” se incluyen patolo-

gías menos prevalentes tales como hombro doloroso, cefaleas, mialgias, neuralgias, fracturas y cardiopatía isquémica.

Por aparatos, el más afectado (fig. 5) es el músculo-esquelético (77.16% de los casos), seguido del sistema nervioso (7.41% de los casos) y del genitourinario (4.32%). Otros aparatos afectados fueron el digestivo, el circulatorio y el oftalmológico.



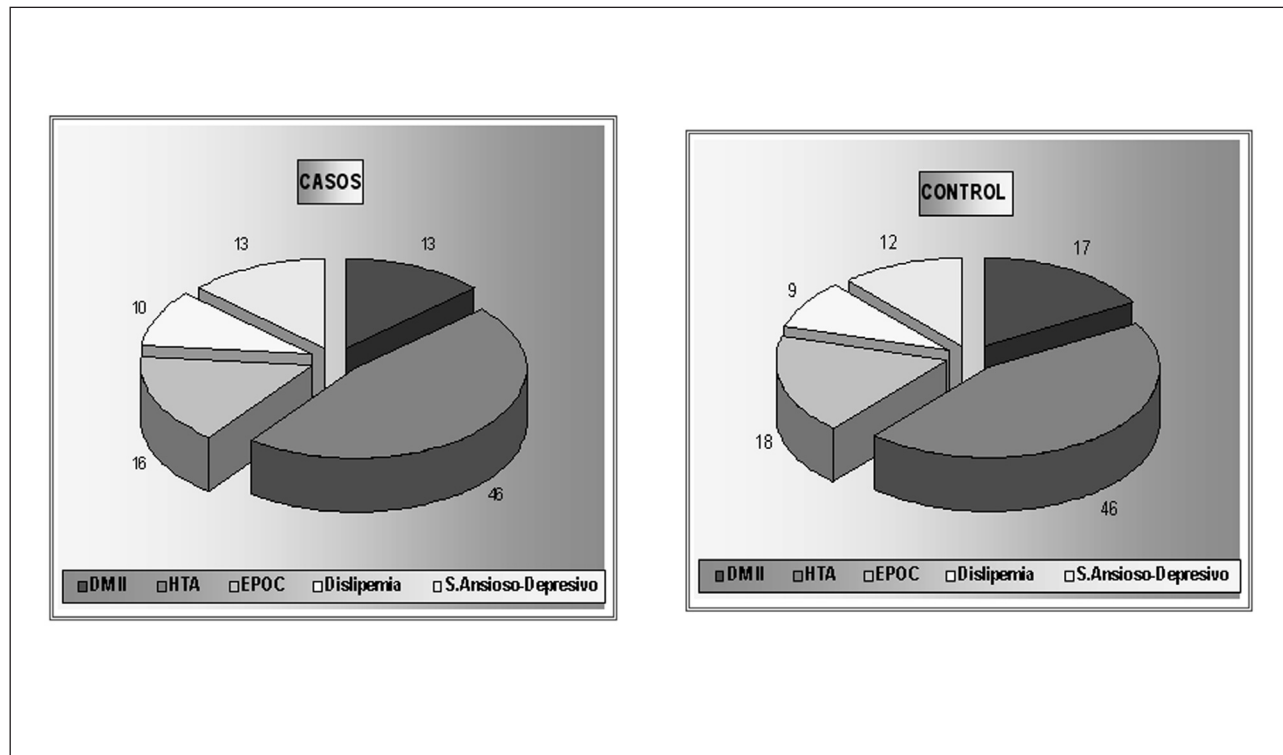
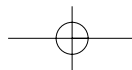


Fig. 1. Casos - Control

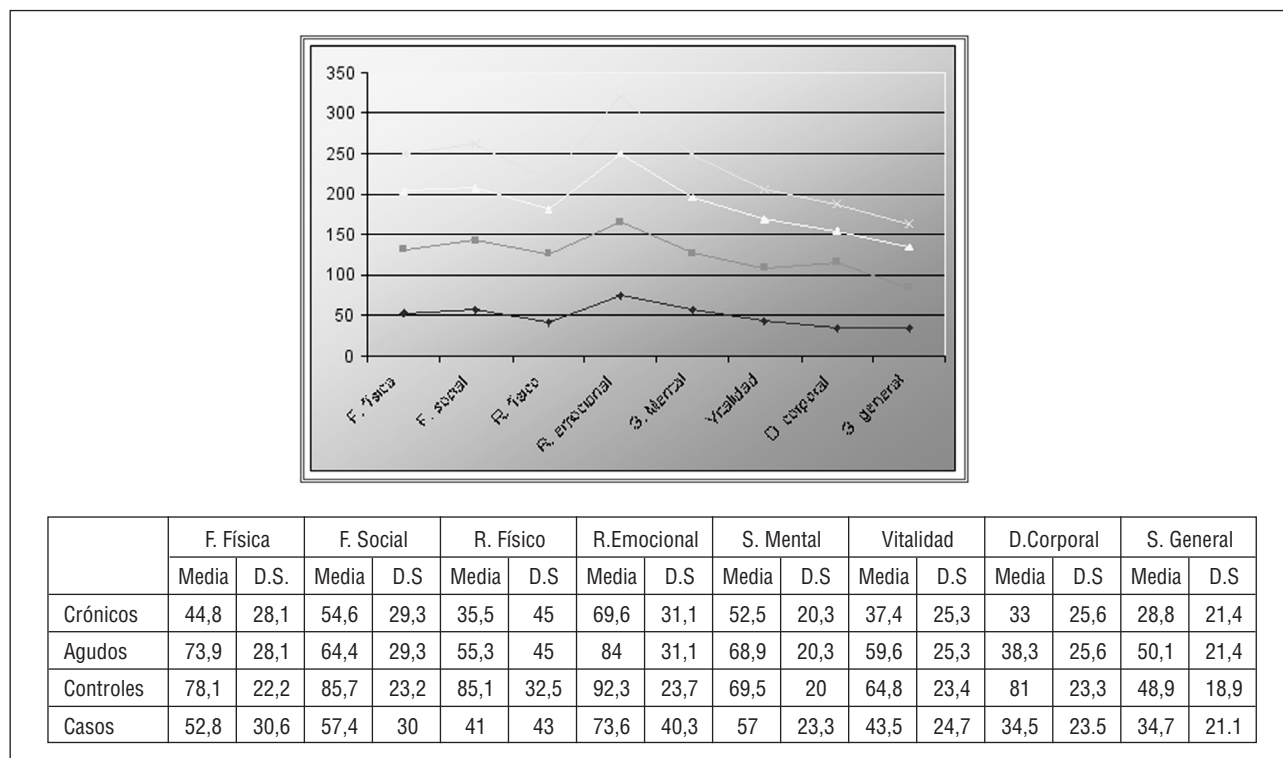


Fig. 2. Puntuaciones del SF-36 en los grupos principales a estudio.

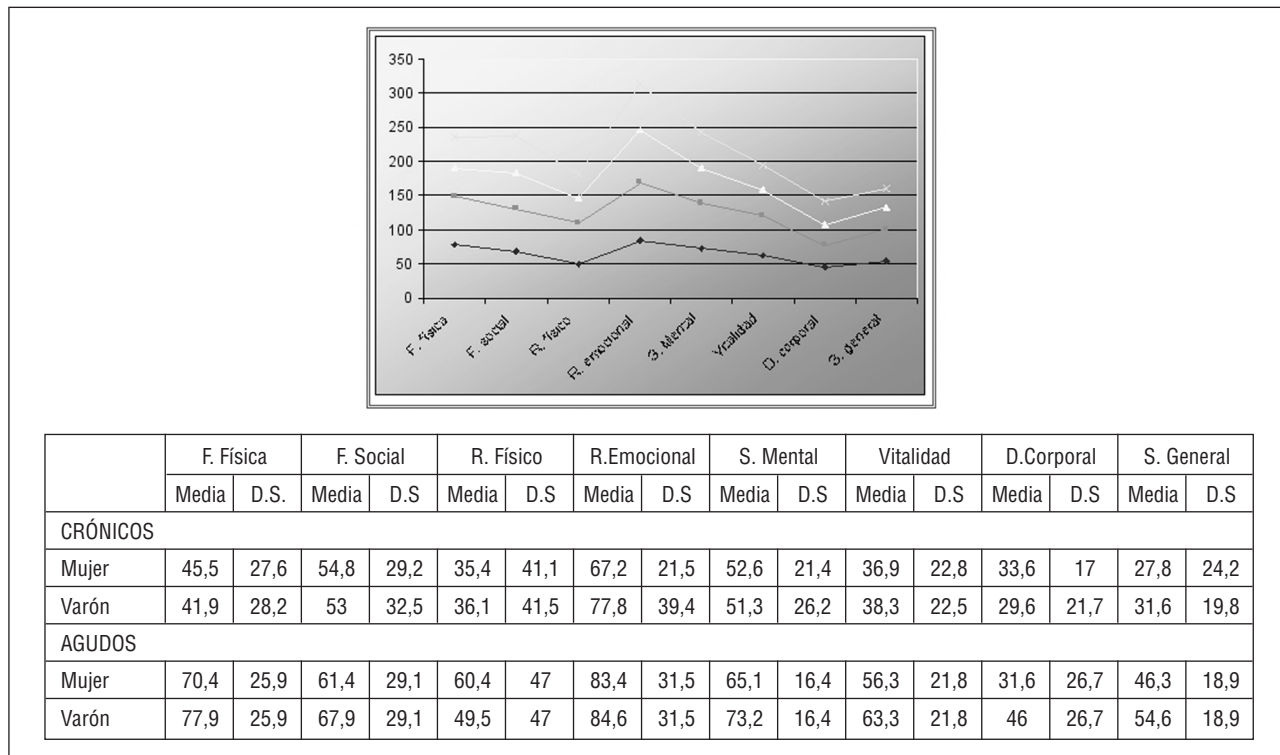
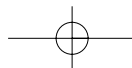


Fig. 3. Puntuaciones del SF-36 según variable "sexo".

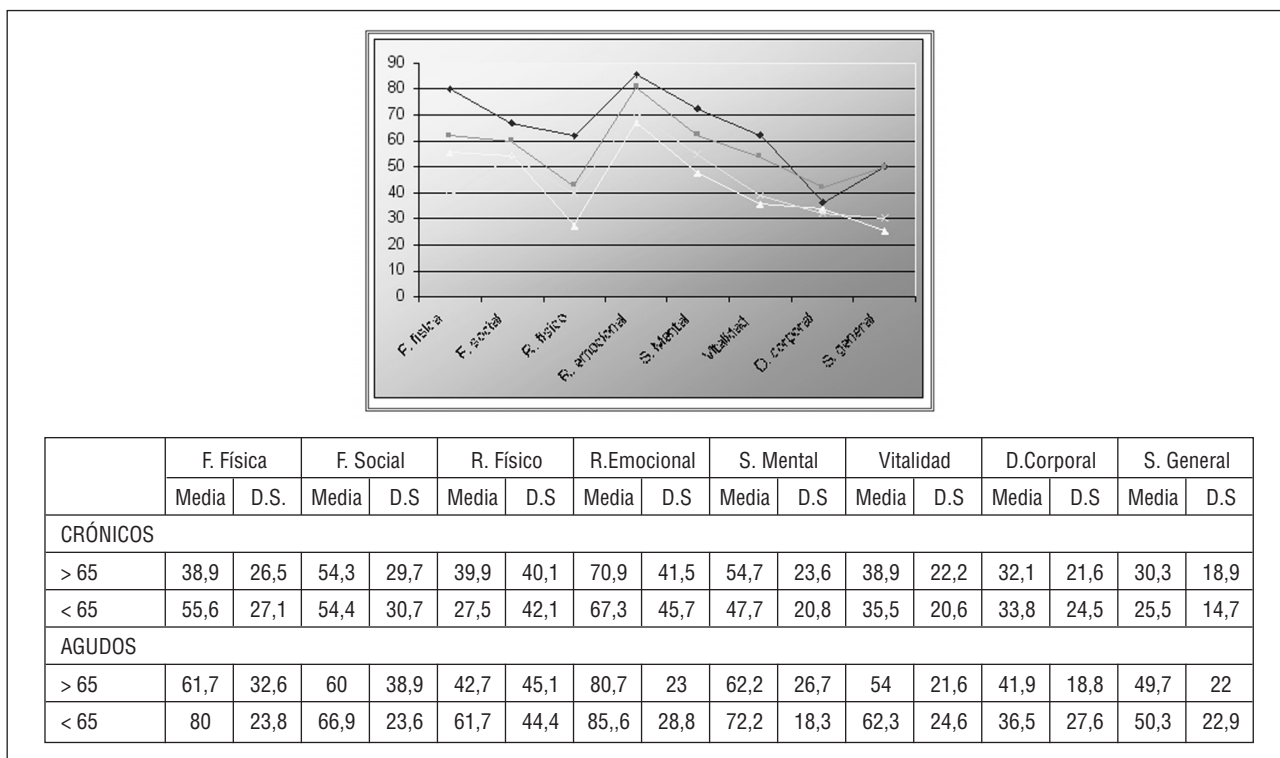


Fig. 4. Puntuaciones del SF-36 según variable "edad".

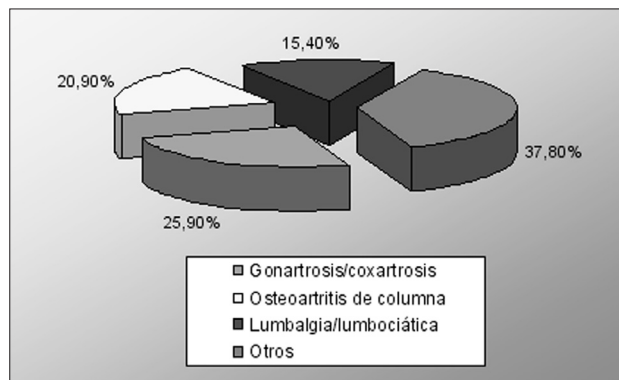
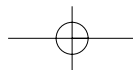


Fig. 5. Patologías consultadas más frecuentes.

DISCUSIÓN

El primer estudio realizado en España sobre prevalencia del dolor en la población general, así como sobre sus características, diferentes opciones terapéuticas y repercusiones personales, sociales y laborales, se realizó en Cataluña en 1995 (14) en una muestra de 1964 personas adultas mediante una encuesta telefónica, donde se analizó la presencia de dolor durante el último medio año. Este estudio estableció una prevalencia global elevada, pues el 78,6% de los entrevistados refirió tener o haber tenido dolor en una o más partes de su cuerpo durante el último medio año. Las mujeres manifestaron dolor con más frecuencia y se observó una tendencia a que la prevalencia aumentara con la edad, aunque sólo el grupo de personas de más de 70 años presentó una prevalencia significativamente inferior al grupo de menos de 30 años. No se determinaron diferencias significativas respecto a las demás variables sociodemográficas.

En este estudio, las localizaciones más citadas fueron: espalda (más en mujeres y personas más jóvenes) y extremidades inferiores (preferentemente en mujeres y personas mayores). Las etiologías más citadas por los pacientes fueron las enfermedades osteoarticulares, la migraña y las laborales. Predominó el dolor de larga evolución, ya que el 84% de los pacientes refirió que se había iniciado más de 6 meses atrás.

El estudio CAVIDOL, tiene un diseño original debido a que su ámbito de realización ha sido las propias consultas de los investigadores, de forma personalizada y verbal y no a través de una entrevista telefónica o de una encuesta anónima; a pesar de que el objetivo primario del estudio era valorar la repercusión que el dolor provoca en la calidad de vida de las personas que lo padecen y no el cálculo de pre-

valencias, las encontradas coinciden, de forma general, con el estudio catalán en lo referente a sexo, edad y localizaciones (especialmente con las patologías del aparato locomotor), con ciertos matices: en nuestra muestra las mujeres tienen más dolor (tanto agudo como crónico) que los hombres y las personas con 65 años o más tienen más dolor crónico pero, y este es el hecho diferencial, menos dolor agudo que las personas con menos de 65 años.

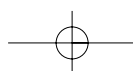
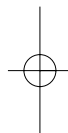
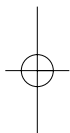
Otro estudio sobre el dolor es el realizado por el Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Kiev en 1998 (15) sobre una muestra de 15167 personas, obtenidas mediante una entrevista al cabeza de familia de 5068 hogares urbanos, en el que se analizó la presencia de dolor durante los 2 meses anteriores. Además de forma complementaria, se realizó una encuesta de opinión a 3262 personas de la muestra anterior que habían padecido algún tipo de dolor. En este estudio se determinó una prevalencia del dolor del 54,9% en los 2 meses anteriores a la entrevista, con un predominio en mujeres y personas de más de 61 años. Los tipos de dolor más frecuentes fueron los de origen otorrinolaringológico (25%), los reumáticos (21%), y los osteomusculares (12%).

Nuestro estudio también coincide con éste en el mayor predominio de procesos dolorosos en mujeres y en personas mayores de 65 años, si bien en nuestra muestra el dolor de origen otorrinolaringológico es el de mayor frecuencia pero solo en el subgrupo de dolor agudo.

Nuestros resultados igualmente coinciden con un tercer estudio (16) sobre el dolor, realizado en una muestra de 4695 personas adultas mediante una entrevista telefónica; en él se analizó el dolor del día anterior a la entrevista, el tratamiento seguido y las consecuencias para el paciente. La encuesta arrojó una prevalencia del dolor del 30,1%. También se confirmó la mayor prevalencia en las mujeres y su relación con la edad. Las localizaciones más habituales fueron la espalda, las extremidades inferiores (que aumentaba con la edad) y la cabeza.

La puntuación de la EVA es superior en el dolor agudo que en el crónico; probablemente esto se deba a los mecanismos tanto fisiológicos como psicológicos de adaptación al dolor que presentan las personas que padecen cuadros dolorosos de larga evolución. La edad igual o mayor a 65 años y el sexo no influyen en la citada puntuación tanto en el caso del dolor agudo como en el del dolor crónico.

Llama la atención esta diferencia entre dolor agudo y crónico respecto al EVA y que en el SF-36 la dimensión "dolor corporal" no presente diferencias



entre ambos grupos; pensamos que esta falta de concordancia es debido a que la EVA tiene un componente subjetivo superior al del SF-36, ya que este aun contando con toda la subjetividad que acompaña al dolor es un instrumento más objetivo que aquella.

El uso del concepto "calidad de vida" ha originado dudas, confusiones e interpretaciones equívocas entre médicos, políticos e investigadores y los propios pacientes. La principal razón es que no existe una base conceptual para medir este término (17), ya que engloba conceptos de naturaleza subjetiva y, por tanto, difíciles de cuantificar (18). Por este motivo, en 1994, la OMS propuso una definición de consenso de calidad de vida: "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses" (19), habiéndose demostrado su relación con la utilización de recursos sanitarios, institucionalización, pérdida de autonomía y muerte (19,20).

Existe acuerdo entre los científicos en cuanto a que la CVRS es un concepto multidimensional, que debe incluir como mínimo las siguientes medidas:

- a) aspectos relacionados con el funcionamiento físico, en los cuáles se incluye el cuidado personal, la realización de actividades físicas (subir escaleras, etc) y el desempeño de roles (trabajo y estudio);
- b) síntomas físicos relacionados con la enfermedad o el tratamiento (dolor);
- c) aspectos psicológicos (estado emocional);
- d) aspectos sociales (actividades e interacciones del paciente con amigos, familiares y otros) y
- e) percepciones de salud (9-21,22,23).

En el estudio CAVIDOL, se empleo el cuestionario de calidad de vida SF-36, en su versión validada para la población general española (24,25), para medir la repercusión que pueda tener el dolor sobre el estado de salud del paciente, considerando éste desde un aspecto biopsicosocial.

En comparación con la población general española (26) las puntuaciones resultaron ser significativamente inferiores en el grupo "casos" de nuestro estudio, tanto para el subgrupo "dolor agudo" como para el subgrupo "dolor crónico" según se muestra en la fig. 6, donde también se puede observar, que las dimensiones con mayor diferencia con relación a la ci-

tada población tanto en dolor agudo como crónico son rol físico y dolor corporal. Estas dos mismas dimensiones resultaron ser las de mayor diferencia al comparar ambos tipos de dolor con el grupo control de nuestro estudio. Estos hallazgos coinciden, igualmente, con los hallados por Carbonell et al. en el Estudio Epidemiológico del Dolor en Reumatología en España (Estudio EPIDOR) (27).

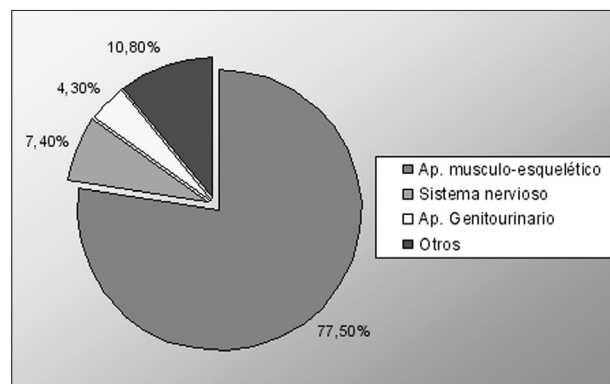


Fig. 6. Aparatos afectados con más frecuencia.

Es de resaltar, que en nuestro estudio existen diferencias estadísticamente significativas, entre el grupo de los casos y el grupo de los controles en las ocho dimensiones que analiza la encuesta SF-36, pero al realizar el análisis de cada subgrupo (dolor agudo y dolor crónico) de forma separada con el grupo control en el caso del dolor agudo solamente hay diferencias en lo tocante al rol social, al rol físico y al dolor corporal, mientras que en el caso del dolor crónico estas se encuentran en todas dimensiones analizadas, por lo que es razonable pensar que en el grupo casos el subgrupo dolor crónico tiene una mayor influencia sobre los resultados del análisis que el subgrupo dolor agudo (fig. 7). Falta por saber la influencia que pueda tener sobre ello la diferencia de muestra que hay entre ambos subgrupos.

Al analizar los casos de dolor agudo respecto a los de dolor crónico se comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas, entre ambos en las dimensiones función física, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, salud general, pero no las observamos en función social, ni en dolor corporal. Estos datos no se han podido contrastar al no encontrar estudios de diseño similar al nuestro, pero si consideramos las diferentes causas del dolor de forma individual sí hallamos estudios, en los cuales observamos, al igual que en el nuestro, una fuerte asociación entre presencia de dolor y deterioro de la calidad de vida (28,29,30).

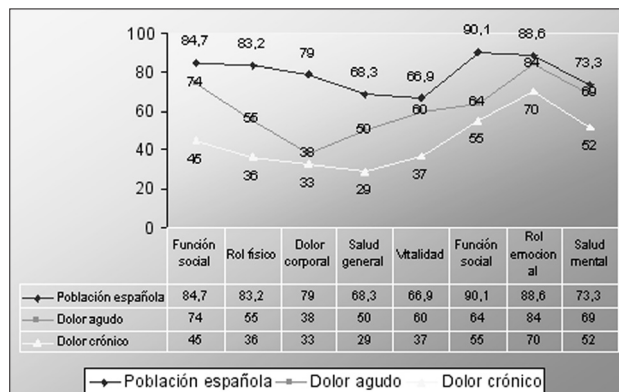


Fig. 7. Puntuaciones de SF-36 entre la población general española y los subgrupos “dolor agudo” y “dolor crónico”.

A pesar de los resultados comentados en la primera parte de esta discusión respecto a la mayor prevalencia del dolor en la población femenina y en las personas de 65 años o más, el análisis de subgrupos por estas dos variables (edad y sexo) no arrojó diferencias estadísticamente significativas respecto a calidad de vida tanto en caso de dolor agudo como en el de dolor crónico, salvo para la variable “edad” en el aspecto “función física” que resultó estar disminuida en el grupo de 65 años o más; en otras palabras: la edad y el sexo carecen de influencia en el deterioro de la CV de las personas que sufren dolor, tanto agudo como crónico, con la salvedad arriba mencionada. En esto nuestro estudio discrepa con otros realizados en los cuáles las mujeres sí tienen peor CV, esto puede ser porque nuestra muestra la componen mujeres con media de edad mayor, y se trata de población rural lucense incluso de zonas de alta montaña, donde posiblemente las mujeres de edad mayor no tengan disminuida su calidad de vida por no modificarse la misma a lo largo del tiempo dentro de un contexto cultural con expectativas y objetivos de futuro muy limitados, y asumir el dolor como “algo propio de la edad” aprendiendo a convivir con el mismo. ...

CONCLUSIONES

- Las personas que consultan por procesos dolorosos tienen su calidad de vida más deteriorada que las que consultan por otro tipo de procesos.
- El dolor crónico menoscaba la calidad de vida de una manera más amplia que el agudo
- La causa más frecuente de dolor consultado es la gonartrosis/coxartrosis.

- El aparato más comúnmente afectado por procesos dolorosos es el músculo-esquelético.
- El sexo carece de influencia en el deterioro de la calidad de vida y en el grado de dolor percibido de las personas que lo sufren, tanto si es agudo como si es crónico. En estas mismas circunstancias la edad solamente influye en un aspecto de la CVRS (deterioro de la función física).
- Las mujeres padecen más dolor (agudo y crónico) que los hombres y las personas de edad igual o superior a 65 padecen más dolor crónico, pero menos agudo que las más jóvenes.

CORRESPONDENCIA

M^a del Carmen López Silva
C/ Madanela 75, 3º G
27002 Lugo
Correo electrónico: mclsilva@comlugo.org
Tel: 669 703 903

BIBLIOGRAFIA

1. IASP Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. Pain 1986; 3: S215-21
2. Miró J. Papel de las expectativas de la autoeficiencia y del autocontrol en la experiencia del dolor. Dolor 1994; 9: 186-90.
3. Baños JE, Bosch F. Conceptos generales en algología. Tratamiento del dolor. Teoría y práctica. 1995; Barcelona. MCR 5.
4. Bonica JJ. The management of pain (2a ed.) Filadelfia, Lea & Febiger 1990; 19-20
5. Melzack R, Wall PD. Textbook of Pain Nueva York, Churchill Livingstone 1989.
6. Stembach RA. Pain patients: traits and treatments. Nueva York, Academic 1974.
7. Fishbain D. Evidence-based data on pain relief with antidepressants. Ann Med 2000; 32: 305-16.
8. Badia X, Roset M, Monserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. Med Clin 1999; 112 Supl 1: 79-86.
9. Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality of life outcomes. N Engl J Med 1996; 334: 835-40.
10. Guyart GH, Feeny D, Patrick D. Measuring Health-Related Quality of Life. Annals of Internal Medicine 1993; 118: 622-29.
11. Miralles F, Gonzales-Darder JM, Vaca JM, et al. Investigación del dolor, dolor experimental, medición y

- valoración del dolor. Calidad de vida. Torres LM. Medicina del dolor. Editorial Masson SA, 1997; 3: 19-33.
12. Ortega JL, Neira F. Fisiología del dolor. Torres LM. Anestesia y Reanimación. Vol I, Arán ediciones SA, Madrid 2001: 685-734.
 13. Serrano MS, Caballero J, Cañas A, García PL, Serrano C, Prieto J. Valoración del dolor. Rev Soc Esp del Dolor 2002; 9:2-8.
 14. Bassols A, Bochs F, Campillo M, Cañellas M, Baños JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). Pain 1999; 83: 9-16
 15. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Libro Blanco sobre el dolor: el dolor en la práctica diaria del médico de atención primaria. Lab. Knoll SA; 1998.
 16. Catalá E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López S, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. Eur J Pain 2002; 6: 133-40.
 17. Leplege A, Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina. JAMA (ed. esp.) 1998; 7: 19-23.
 18. Vázquez-Noguerol Méndez R, García Boró S. Calidad de vida de las personas mayores inmovilizadas en un distrito urbano de Madrid. MEDIFAM 1997; 7: 72-88.
 19. Harris T, Kover MG, Suzman R, Kleiman JC, Feldman JJ. Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. Am J Public Health 1998; 79: 698-702.
 20. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977; 196: 129-136.
 21. Wilson IB, Cleary PD. Linking Clinical Variables with Health-Related Quality of Life: A Conceptual Model of Patient Outcomes. JAMA 1995; 273: 59-65.
 22. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y práctica clínica. Gac Sanit 2000; 14: 163-67.
 23. Badía X, Guerra L, García M, Podzamczar D. La evaluación de la calidad de vida en los pacientes con infección por el VIH y SIDA. Med Clin 1999; 112: 739-44.
 24. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Med Clin (Barc) 1998;111:410-6
 25. Carbonell J, Tornero J, Gabriel R. Estudio epidemiológico del dolor en reumatología en España (Estudio EPIDOR). Editorial Edipharma 2003. Madrid.
 26. Lame IE, Peters ML, Vlaeyen JW, Kleef M, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity.: Eur J Pain. 2005;9:15-24.
 27. Coste J, Lefrancois G, Guillemin F, Pouchot J; French Study Group for Quality of Life in Rheumatology. Prognosis and quality of life in patients with acute low back pain: insights from a comprehensive inception cohort study. Arthritis Rheum. 2004;51:168-76.
 28. Kovacs FM, Abraira V, Zamora J, Teresa Gil del Real M, Llobera J, Fernández C et al. Correlation between pain, disability, and quality of life in patients with common low back pain. Spine. 2004;29:206-10.
 29. Nayme P, Dazord A, Payre D, Joux-Ruesch A, Richard A, Calmels P et al. Quality of life of lumbago patients cared for in a pain center. Presse Med. 2001;30:1727-32.
 30. Van der Waal JM, Terwee CB, van der Windt DA, Bouter LM, Dekker J. Health-related and overall quality of life of patients with chronic hip and knee complaints in general practice. Qual Life Res. 2005;14:795-803.