

ORIGINAL

Prevalencia de dolor como motivo de consulta y su influencia en el sueño: experiencia en un centro de atención primaria[☆]

Agnès Calsina-Berna^{a,*}, Nemesio Moreno Millán^b, Jesús González-Barboteo^a,
Luis Solsona Díaz^c y Josep Porta Sales^a

^a Servicio de Cuidados Paliativos, Hospital Duran i Reynals, Institut Català d'Oncologia (ICO), Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b SAP Santa Coloma de Gramenet, Institut Català de la Salut (ICS), Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

^c Área Básica de Salud Florida Nord, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 11 de febrero de 2010; aceptado el 20 de septiembre de 2010

Disponible en Internet el 5 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Sueño;
Dolor;
Atención primaria

Resumen

Objetivos: Determinar la frecuencia de dolor como motivo de visita en una consulta de atención primaria y conocer su influencia en el sueño.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito: Centro de Atención Primaria urbano de Hospitalet de Llobregat.

Participantes: Pacientes que acudían al centro con cita previa, los 5 primeros diarios. Se catalogaron como casos aquellos que consultaban por dolor, y como controles el resto.

Mediciones principales: Variables sociodemográficas, antecedentes patológicos, uso de coanalgésicos, cuestionario Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (puntuación > 5: «malos dormidores»). Para los casos, se evaluó, además, cronología del dolor, tipo, intensidad, sistema afectado y tratamiento.

Resultados: 206 pacientes incluidos y 31 excluidos. La edad media fue de 50 años, 56% mujeres. El 39% casos (de éstos, 78% dolor agudo, 80% nociceptivo, 75% episódico y 71% musculoesquelético). La intensidad del dolor con la escala VAS fue de 4,9. El 62% recibían tratamiento analgésico con primer escalón de la OMS. El 45% de los pacientes cumplían criterios de «buen dormidor». En el análisis multivariante en hombres el dolor agudo ($p=0,022$) y la intensidad del mismo ($p=0,035$) aparecieron como factores independientes de mal descanso nocturno; en mujeres ninguna variable fue significativa.

Conclusiones: En nuestro estudio un elevado porcentaje de pacientes consultan por dolor agudo, especialmente musculoesquelético. Los hombres presentan una relación entre mala calidad del sueño, intensidad del dolor y dolor agudo. Se requieren estudios posteriores para profundizar en el tema y así mejorar el dolor y la calidad del sueño de nuestros pacientes.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

[☆] El trabajo fue defendido ante tribunal en la prueba para Suficiencia Investigadora de Medicina Interna de la Universidad Autónoma de Barcelona, en noviembre de 2009, con su aprobación. Del mismo modo, fue presentado en el XXIX Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria, celebrado en Barcelona, en noviembre de 2009, como comunicación póster.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agnescalsina@yahoo.es (A. Calsina-Berna).

KEYWORDS

Sleep;
Pain;
Primary Care

Frequency of pain as a reason for visiting a primary care clinic and its influence on sleep**Abstract**

Objectives: To determine the frequency of pain as a reason to visit a Primary Care doctor and to investigate the influence of pain on sleep disturbances.

Design: Cross-sectional descriptive study.

Setting: Urban Primary Health Care Centre.

Participants: The first five patients who came to the primary health care centre with an appointment were included. Those who came with pain were labelled as cases, the others as controls.

Main measurements: Socio-demographic variables, background, use of co-analgesics, Pittsburgh Sleep Quality Index (a global PSQI score greater than 5 indicated "poor sleepers"). For the cases, pain intensity was also assessed, chronology and kind of pain, the system affected and treatment.

Results: A total of 206 patients were included and 31 excluded. The mean age was 50 years and 56% were women. Pain was the reason for consultation in 39% of the patients, of whom 78% had acute pain, 80% nociceptive, 75% incidental and 71% musculoskeletal. The average VAS score was 4.98. A total of 62% were receiving treatment according to the first step of the WHO pain ladder. Forty-five per cent of patients were categorized as "good sleepers". The multivariate analysis showed that acute pain ($P=.022$) and pain intensity ($P=.035$) in men appeared as independent factors of sleep disturbances; in women there were no statistically significant variables.

Conclusions: In our study, a high percentage of patients came to the primary health care centre for pain, mainly musculoskeletal. In men, there is a clear relationship between sleep disturbances, pain intensity and acute pain. Further research is needed to study this topic in depth, in order to alleviate pain and improve the sleep quality in our patients.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria¹. Afecta a la mayoría de la población en algún momento a lo largo de la vida. Un 29% de la población española no hospitalizada sufre algún tipo de dolor, siendo crónico en el 17% de casos^{2,3}. La prevalencia del dolor crónico de causa no oncológica se encuentra entre el 2 y el 40% de la población adulta⁴. En cuanto al dolor oncológico, la prevalencia en el momento del diagnóstico es del 37% de los pacientes⁵ y en fases más avanzadas del 67%⁶.

En este contexto, la OMS propuso la escala analgésica⁷ para el manejo de este síntoma. A pesar de la eficacia demostrada por la misma, se hace necesario el uso de coanalgésicos y técnicas intervencionistas. Un 20% de los pacientes no obtienen beneficios óptimos con los tratamientos, observándose gran variabilidad en su eficacia. Para mejorar y estandarizar la evaluación y el estudio del dolor, la *Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials* (IMMPACT) recomendó evaluar, además de su intensidad, diferentes aspectos asociados al dolor, tales como su interferencia con la calidad de vida de los pacientes o con el sueño, y su repercusión emocional⁸.

En cuanto al sueño, estudios epidemiológicos han demostrado una elevada prevalencia de trastornos del mismo⁹. Un tercio de la población presentará algún tipo de disfunción del sueño a lo largo de su vida¹⁰, con mayor

frecuencia en ancianos¹¹ y en pacientes oncológicos¹². El sueño es un proceso cerebral, reversible y cíclico, con integración cortical¹³. Su calidad depende de un proceso complejo, difícil de definir y de medir con objetividad. En 1989, Buysse et al diseñaron el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICSP)¹⁴, que puede ser utilizado en estudios clínicos. Royuela-Rico et al¹⁵ lo validaron en castellano.

Distintos autores han relacionado el sueño con el dolor y viceversa^{16,17}, objetivando la presencia de una peor calidad del sueño a mayor intensidad de dolor, tanto en pacientes con dolor crónico no maligno¹⁸ como en pacientes con dolor oncológico^{19,20}.

Dada la elevada prevalencia de ambos trastornos y los pocos datos existentes en atención primaria, se consideró oportuno realizar este estudio, con el objetivo de determinar la prevalencia de dolor como primer motivo de consulta en un centro de atención primaria, así como de valorar su influencia en la calidad del sueño.

Material y métodos**Diseño y ámbito del estudio**

Estudio descriptivo transversal en un centro de atención primaria (CAP) de un núcleo urbano que atiende una población de 23.560 habitantes en la localidad de Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Selección de la muestra

Se seleccionaron los pacientes que acudían a la consulta durante los meses de febrero y marzo de 2009. Se incluyeron los 5 primeros pacientes visitados diariamente hasta llegar a la muestra necesaria. En caso de negativa a participar, se incluía a la siguiente persona citada. Se catalogaron como casos aquellos pacientes que acudían por dolor y, como controles, los que eran visitados por cualquier otro motivo.

Se excluyeron los pacientes que rechazaron participar, las personas analfabetas, con limitaciones sensoriales, con importante deterioro cognitivo y los que presentaban enfermedades mentales con mal control sintomático, malestar emocional severo y pacientes oncológicos avanzados con malestar general físico grave.

Tamaño de la muestra

Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un precisión de 0,1 unidades percentuales en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0,3, se calculó que eran necesarios 81 pacientes (casos), asumiendo una población de referencia de 1.770 pacientes y una tasa de pérdidas del 5%. Para el cálculo, se utilizó el programa GRANMO²¹.

Metodología

Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, país de origen y profesión del paciente), antecedentes patológicos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cuadros ansioso-depresivos, antecedentes cardiológicos, antecedentes neurológicos, enfermedad oncológica actual), uso de coanalgésicos (anticomiales, anestésicos locales, agonistas GABA, corticoides, antagonistas NMDA), así como el tratamiento con bifosfonatos, psicoestimulantes, antidepresivos o benzodiacepinas.

A todos los participantes se les realizó la encuesta ICSP¹⁴. Se trata de un cuestionario autoadministrado, con una consistencia interna de 0,81 (coeficiente alfa de Cronbach), coeficiente kappa de 0,61, sensibilidad de 88,6%, especificidad de 75% y valor predictivo positivo de la prueba de 80,7%. Está diseñado para proteger la privacidad del paciente, es anónimo, confidencial y voluntario. Evalúa 7 componentes relacionados con el sueño (calidad subjetiva, latencia, eficiencia habitual, alteraciones en el dormir, uso de medicación hipnótica, y repercusión sobre la actividad diurna), cada uno de los cuales recibe una puntuación de 0 a 3. Su suma proporciona la puntuación total: un resultado igual o menor a 5 puntos corresponde a un «buen dormidor», mientras que si es superior a 5 indica mala calidad en el sueño.

En los casos se realizaba una evaluación específica que incluía la cronología del dolor, considerándose crónico el de duración igual o superior a 6 meses, de acuerdo con la literatura médica¹. El tipo de dolor se clasificó en: nociceptivo (somático, visceral), neuropático (central, periférico, simpático) y mixto (asocia componente neuropático con otro tipo de dolor). El curso podía ser: continuo, episódico o fallo de fin de dosis. También se registró el aparato

afectado por el dolor: musculoesquelético, sistema nervioso, sistema genito-urinario, aparato digestivo, aparato circulatorio, aparato oftalmológico, aparato otorrinolaringológico, y otras localizaciones. El tratamiento analgésico se clasificó según la escala analgésica de la OMS⁷. Para valorar la intensidad del dolor se utilizó una escala visual analógica (EVA) ya que, aunque existen otras escalas, ninguna ha demostrado una superior sensibilidad para detectar cambios en la intensidad del dolor tras el tratamiento⁸ y es la más utilizada en estudios similares¹. Las mayores dificultades para completar la escala se asociaron con edades avanzadas y con el tratamiento con opiáceos. La EVA mide la intensidad del dolor que el paciente siente a través de un continuo que abarca desde ningún dolor hasta el máximo dolor imaginable, utilizando una línea horizontal de 100 mm de longitud, en la que el paciente marca una línea en el punto donde percibe su dolor.

Del mismo modo, se realizó un registro de los pacientes no incluidos en el estudio, anotándose o bien su negativa a participar o el motivo de su exclusión.

Fuentes de información

Los datos se obtuvieron de la historia clínica informatizada excepto el cuestionario ICSP, la escala del dolor y los datos sociodemográficos que no constaran en el programa informático, que fueron recogidos durante la entrevista clínica.

Prueba piloto

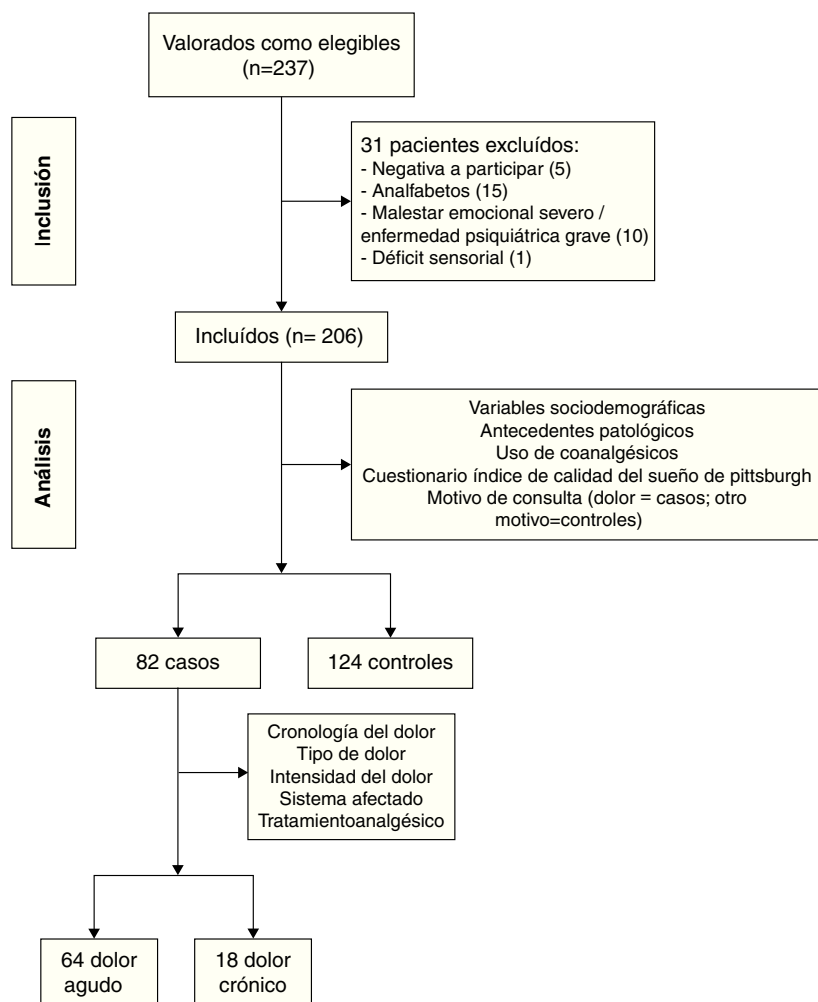
Para detectar posibles errores en el cuaderno de recogida de datos se realizó una prueba piloto durante el mes de enero de 2009, con 25 pacientes. No se detectaron problemas en el cuestionario ni se realizaron cambios a partir del estudio piloto y los pacientes fueron incluidos en el estudio.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS 12.0. Se consideró significativa cualquier p menor a 0,05. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, un análisis bivalente con todas las variables sociodemográficas y clínicas, aplicando la correlación de Pearson, la t de Student o la χ^2 según las condiciones de aplicación. Finalmente se realizó una regresión múltiple con el valor del ICSP como variable dependiente y, como independientes, las sociodemográficas, las que fueron significativas en el análisis bivalente, y las que clínicamente se consideraron relevantes.

Consideraciones éticas

Se pidió el consentimiento informado verbal a cada paciente antes de la inclusión en el estudio, siendo informados de los objetivos del mismo, del carácter anónimo de los datos y de su uso confidencial.



Esquema general del estudio: Estudio descriptivo transversal. Frecuencia de dolor y sus etiologías; influencia del dolor en la calidad del sueño.

Resultados

Se incluyeron un total de 206 pacientes. Se excluyeron 31 por los siguientes motivos: negativa a participar (5), analfabetos (15), malestar emocional severo o enfermedad psiquiátrica grave (10) y déficit sensorial (1).

El 39% de los pacientes consultaron por dolor: 64 por un dolor agudo (78%) y 18 por dolor crónico (22%). La media de edad de la muestra fue de 50 años (DE: 19; rango 15-89). El 44% de la muestra fueron hombres.

La comparación de los casos y los controles por las variables sociodemográficas, los antecedentes patológicos y el uso de otros tratamientos se presenta en la [tabla 1](#).

Las características del dolor se resumen en la [tabla 2](#). El 37% de los pacientes no realizaba ningún tipo de tratamiento en el momento de la consulta, el 62% lo realizaba con un primer escalón y el 1% restante con un analgésico de segundo escalón.

El 46% de los pacientes incluidos en el estudio fueron «buenos dormidores». La media de la puntuación del ICSP fue de 6,7 puntos (hombres 5,9, mujeres 7,4; $p=0,14$). Las puntuaciones por componentes se presentan en la [tabla 3](#).

En cuanto a la intensidad del dolor en los casos, el resultado medio de la EVA fue de 4,98 (DE: 1,63), siendo de 4,5 en los hombres y de 5,2 en las mujeres ($p=0,054$). Según la cronología del dolor, la media de la EVA fue de 4,8 para el dolor agudo y de 5,6 para el dolor crónico ($p=0,017$).

En cuanto a los otros tratamientos, el 12% de los pacientes realizaban tratamiento con antidepresivos, un 0,5% con anticomiciales, el 0,5% corticoterapia, el 2% bifosfonatos y un 22% benzodiacepinas.

En el análisis bivalente, se observó una mayor puntuación del ICSP entre los pacientes con antecedentes psiquiátricos (8,4 frente a 6,28 en los pacientes sin antecedentes psiquiátricos; $p=0,003$). La puntuación del ICSP también fue superior en los pacientes tratados con benzodiacepinas (8,82 frente a 6,19; $p=0,002$), y se asoció con el número de diagnósticos ($r=0,138$; $p=0,048$).

Tabla 1 Comparación de los datos sociodemográficos.

Variables	Casos	Controles	p
<i>Edad (media)</i>	48,8	51,0	0,45
<i>Edad > 65 años (%)</i>	71,2	73,5	0,11
<i>Sexo femenino (%)</i>	67,1	48,4	0,008
<i>Estado civil</i>			
Soltero	18,5	18,7	0,97
Pareja/casado	71,6	71,5	0,99
Divorciado/separado	3,7	0	0,06
Viudo/a	6,2	9,8	0,36
<i>País de origen</i>			
España	57,3	79,7	0,001
Latinoamérica	39,0	16,3	<0,001
Otros	3,7	4,1	0,99
<i>Profesión</i>			
Sector servicios	16,3	21,3	0,37
Sin trabajo	6,3	10,7	0,28
Construcción	3,8	4,9	0,99
Servicios domésticos	26,3	11,5	0,007
Estudiante	10	8,2	0,66
Jubilado	37,5	43,4	0,4
<i>Antecedentes</i>			
Hipertensión arterial	30,5	34,7	0,53
Diabetes mellitus	7,3	14,5	0,12
Dislipidemia	34,1	34,7	0,94
EPOC	3,7	4,8	0,69
Psiquiátricos	20,7	24,2	0,56
Cardiológicos	2,4	8,9	0,06
Neurológicos	17,1	15,3	0,74
Número de diagnósticos	1,5	1,9	0,06
<i>Otros tratamientos</i>			
Antidepresivos	12,3	12,1	0,96
Benzodiacepinas	22,0	21,8	0,98

Tabla 2 Características del dolor.

	Porcentaje
<i>Tipo de dolor</i>	
Nociceptivo	80
Neuropático	20
Continuo	23,5
<i>Curso del dolor</i>	
Episódico	75,3
Intermitente	1,2
Musculoesquelético	72
Génito-urinario	1,2
<i>Sistema afectado</i>	
Nervioso	8,6
Digestivo	1,2
Oftalmológico	1,2
Otorrinolaringológico	7,4
Otros	1,4

En cuanto al análisis multivariante, se realizaron 3 modelos de regresión, uno global y uno para cada sexo. En el modelo global, se encontraron como variables significativas el dolor agudo y la intensidad del dolor. En los hombres fueron también significativas ambas variables, mientras que en las mujeres no lo fue ninguna (tabla 4).

Tabla 3 Puntuaciones medias de los componentes del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh.

Componente	Casos	Controles	p
Calidad	1,26	1,01	0,06
Latencia	1,23	1,26	0,86
Duración	0,99	0,94	0,7
Eficiencia	0,96	0,97	0,98
Perturbaciones	1,45	1,39	0,5
Medicación	0,22	0,51	0,016
Disfunción diurna	0,74	0,62	0,34
Puntuación total	6,90	6,67	0,7

Tabla 4 Resultados de los análisis multivariantes (utilizando la puntuación Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh como variable dependiente).

Variables independientes	Coefficiente de regresión (IC 95%)	t	p
<i>Hombres</i>			
Edad	-0,0007 (-0,006; 0,005)	-0,26	0,8
Dolor agudo	0,48 (0,07; 0,89)	2,33	0,022
EVA dolor basal	0,09 (0,007; 0,17)	2,15	0,035
Antecedentes psiquiátricos	-0,17 (-0,48; 0,14)	-1,1	0,28
Benzodiazepinas	-0,1 (-0,42; 0,23)	-0,61	0,55
Antidepresivos		-0,97	0,34
<i>Mujeres</i>			
Edad	0,003 (-0,002; 0,008)	1,28	0,2
Dolor agudo	0,11 (-0,15; 0,37)	0,83	0,41
EVA dolor basal	0,03 (-0,01; 0,07)	1,37	0,17
Antecedentes psiquiátricos	-0,1 (-0,3; 0,1)	-0,82	0,42
Benzodiazepinas	-0,1 (-0,35; 0,15)	-1,08	0,28
Antidepresivos	0,02 (-0,26; 0,31)	0,16	0,87
<i>Global</i>			
Edad	0,001 (-0,002; 0,005)	0,67	0,5
Dolor agudo	0,24 (0,02; 0,45)	2,2	0,029
EVA dolor basal	0,05 (0,01; 0,08)	2,52	0,012
Antecedentes psiquiátricos	-0,15 (-0,34; 0,04)	-1,57	0,12
Benzodiazepinas	-0,11 (-0,29; 0,07)	-1,19	0,23
Antidepresivos	-0,05 (-0,3; 0,18)	-0,46	0,65

Discusión

Existen en la literatura médica estudios epidemiológicos sobre el dolor realizados en la misma área geográfica que el nuestro^{22,23}. Bassols et al²² realizaron un estudio con entrevistas telefónicas para valorar la prevalencia de dolor en Cataluña, así como su relación con distintas variables socio-demográficas, las características del dolor y las limitaciones en las actividades de la vida diaria atribuibles al mismo. Encontraron que un 78,6% de los entrevistados habían presentado algún tipo de dolor en los últimos 6 meses. El mismo grupo, en un subanálisis del estudio anterior²³ describen que un 72% de las personas encuestadas con dolor consultan en centros de atención primaria.

Los resultados de nuestro estudio apoyan que el dolor es un motivo de consulta frecuente en atención primaria, datos congruentes con la literatura especializada, donde entre 29 y el 49% de los pacientes presentan dolor^{1,24}. Si tenemos en cuenta aquellos pacientes que presentan dolor crónico, aunque éste no sea el motivo de consulta este porcentaje puede ser superior²⁴. Respecto a la cronología del dolor, las series varían entre un 14,1 y el 74% para el dolor crónico^{1,24,25}. En cuanto a la prevalencia del dolor en la consulta de atención primaria en nuestro país, López et al¹ realizaron un estudio descriptivo y transversal, a través de entrevista clínica en la consulta y el cuestionario SF-36 para evaluar su prevalencia en una consulta de atención primaria y su interferencia en las actividades de la vida diaria, y obtuvieron una prevalencia del 49%, similar a la observada en nuestro trabajo. También observaron una mayor afectación en las actividades cotidianas en caso de presencia de dolor crónico¹.

En nuestro estudio se registraron los pacientes en los que el dolor era el motivo de consulta, por lo que no se tuvieron en cuenta aquellos que podían presentar dolor crónico pero que consultaban por otro motivo, lo que puede explicar la menor presencia de dolor crónico en nuestro estudio. No consultar por dolor no significa no tener dolor crónico²⁴, lo que debe tenerse en cuenta en estudios futuros, como destacan Mantyselka et al cuando, para valorar en comunidades rurales el dolor como motivo de consulta, registraron tanto los pacientes que presentaban dolor como motivo de consulta como los que, a pesar de no consultar por dolor, sí que estaban afectados por dicho síntoma. Observaron una prevalencia global del 40%, y del 29% cuando es el motivo de consulta.

Tanto en nuestro estudio como los previamente referenciados el aparato musculoesquelético es el más afectado, entre un 22 y un 77%^{1,22,24,25}.

Cabe destacar que la mayoría de los pacientes de nuestro estudio o bien no realizaban tratamiento analgésico (36%) o bien estaban en tratamiento con primer escalón de la OMS (62%). Datos similares se encuentran en estudios en nuestra área geográfica²³, donde al 69% de los pacientes que consultaban por dolor en atención primaria se les prescribía tratamiento con primer escalón de la OMS. El bajo porcentaje de pacientes que tomaban analgésicos de segundo o tercer escalón (1%) en nuestro estudio puede ser debido a la accesibilidad en nuestro entorno a clínicas de dolor o unidades de cuidados paliativos, específicas en el manejo de dolor crónico complejo, que pueden requerir dichos tratamientos. Hay que mencionar que una cuarta parte de los pacientes pueden realizar automedicación²³, aspecto que no se analizó en nuestro estudio.

Respecto a la interferencia del dolor en la calidad del sueño, en nuestro trabajo se observan como factores independientes la intensidad del dolor y la presencia de dolor agudo, a diferencia de otros estudios¹⁸. Estos factores también aparecen como significativos en los hombres, probablemente por la frecuencia del dolor agudo. Si bien en el análisis bivalente existe una relación entre una mala calidad del sueño y la presencia de antecedentes psiquiátricos previos o la ingesta de benzodiazepinas, este hecho no se pudo confirmar en el análisis multivariante.

Otros autores han estudiado la relación entre sueño, dolor y depresión, como Mystakidou et al¹⁹, que aplicaron los cuestionarios ICSP y BPI (*Bech Depression Inventory*) a pacientes con enfermedad oncológica avanzada. Observaron una media en la escala ICSP superior a la de nuestro estudio, probablemente por el estado basal de los pacientes, sin diferencias significativas entre sexos, estado civil y edad. Sus resultados determinaron que los pacientes con depresión presentaban peor puntuación del ICSP; y que, a mayor intensidad de dolor, peor puntuación en el ICSP¹⁹.

Los resultados del análisis multivariante muestran diferencias entre sexos, para las que no se han encontrado ninguna explicación razonada, aunque pudiera relacionarse con la frecuencia del dolor agudo. Así, en hombres se encuentra en relación muy clara de la puntuación del ICSP con el valor de la EVA y con el hecho de presentar dolor agudo.

En cuanto a las posibles limitaciones de nuestro trabajo, al no disponer de estudios similares previos, el cálculo del tamaño de la muestra se realizó en función de parámetros estimados, por lo que la muestra final podría haber resultado insuficiente. Además, podría no ser representativa de los problemas de dolor y de sueño de la población, ya que se realizó en un centro urbano, con accesibilidad a centros especializados en el control del dolor. Así, algunos pacientes podrían no haber acudido a nuestras consultas por este motivo. Además, los pacientes analfabetos, oncológicos con mal control sintomático o con distrés emocional severo quedaban excluidos del estudio, siendo un grupo de población que puede presentar tanto alteraciones del sueño como mal control del dolor. En cuanto a la valoración de la calidad del sueño, sólo se realizó un cuestionario del sueño. Existen otros estudios que añaden la realización de polisomnografía o de más de un cuestionario para analizar otros parámetros del sueño. La época del año podría haber condicionado un mayor número de enfermedades respiratorias, con una menor prevalencia de pacientes con dolor como motivo de consulta y una mayor prevalencia de problemas de calidad del sueño debido a trastornos respiratorios. Finalmente, al tratarse de un estudio transversal, sólo se estudió a los pacientes en un momento de su proceso doloroso, sin poder apreciarse la evolución posterior y los posibles cambios relacionados con el sueño.

En conclusión, este estudio presenta relevancia clínica al permitir conocer el elevado porcentaje de pacientes que acuden por dolor en una consulta de atención primaria en nuestro ámbito, así como su influencia en el sueño de estos pacientes, principalmente en dolor agudo. En cuanto a la aplicabilidad clínica de los resultados, queremos comentar la importancia de realizar una evaluación multidimensional

del dolor y no solamente una centrada en su intensidad. En este sentido, son necesarios más estudios para profundizar en esta área de conocimiento dentro del ámbito de la atención primaria.

Lo conocido sobre el tema

- Existe una elevada prevalencia en la población tanto de dolor como de trastornos del sueño.
- Aparte de la intensidad del dolor, se recomienda evaluar distintos aspectos asociados al mismo, como la interferencia del dolor en la calidad de vida de los pacientes, su repercusión emocional y su interferencia con el sueño.
- Se han descrito pocos datos en atención primaria que relacionen ambos trastornos.

Qué aporta este estudio

- Conocer la prevalencia de pacientes que acuden por dolor en una consulta de atención primaria de ámbito urbano, así como las distintas etiologías del mismo.
- Permite mejorar el conocimiento sobre la influencia del dolor en el sueño en atención primaria, especialmente en cuanto al dolor agudo.
- Se deben adoptar medidas activas en el control del dolor, tanto agudo como crónico, para así mejorar la calidad de nuestra asistencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. López-Silva MC, Sánchez de Enciso M, Rodríguez-Fernández MC, Vázquez-Seijas E. Cavidol: calidad de vida y dolor en atención primaria. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;1:9-19.
2. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:260-9.
3. Català E, Reig E, Artes M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. 2002;6:133-40.
4. Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker JJ, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*. 1998;77:231-9.
5. Ger LP, Ho ST, Wang JJ, Cherng CH. The prevalence and severity of cancer pain: A study of newly-diagnosed cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*. 1998;15:285-93.
6. Cleeland C, Gonin R, Hatfield A, Edmonson J, Blum R, Stewart J, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*. 1994;330:592-6.
7. WHO. *Cancer pain relief*. 2nd edition. Genève: World Health Organization; 1996. p. 1-69.
8. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythorhwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. IMMPACT. Core outcome measures for

- chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2005;113:9–19.
9. Sierra J, Jiménez Navarro C, Ortiz MJ. Calidad del sueño en estudiantes universitarios. Importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*. 2002;25:35–43.
 10. Casas M, Duro P, Pinet C. Otras drogodependencias. En: Vallejo Ruiloba J, editor. *Introducción a la psicoterapia y psiquiatría*. 4.ª edición. Barcelona: Masson; 1998. p. 684–5.
 11. Royuela Rico A, Macías Fernández JA, Conde López VJ. Calidad de sueño en ancianos. *Psiquis*. 2000;21:32–9.
 12. Engstrom CA, Strohl RA, Rose L, Lewandowski L, Stefanek ME. Sleep alterations in cancer patients. *Cancer Nurs*. 1999;22:143–8.
 13. Hirshkowitz M. Normal human sleep: an overview. *Med Clin N Am*. 2003;88:66–90.
 14. Buysse DJ, Reynolds III ChF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Res*. 1989;28:193–213.
 15. Royuela RA, Macías FJ. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*. 1997;9:81–94.
 16. Moldofsky H. Sleep and pain. *Sleep Med Rev*. 2001;5:385–96.
 17. Wilson KG, Eriksson MY, D'Eon JL, Mikail SF, Emery PC. Major depression and insomnia in chronic pain. *Clin J Pain*. 2002;18:77–83.
 18. Covarrubias-Gómez A, Guevara-López U, Betancourt-Sandolval JA, Delgado-Carlo M, Cardona-Cordero A, Hernández-Martínez JR. Evaluación del sueño en el dolor crónico no maligno. *Rev Mex Anest*. 2005;28:130–8.
 19. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Patiraki E, Galanos A. Sleep quality in advanced cancer patients. *J Psychosom Res*. 2007;62:527–33.
 20. Sela RA, Watanabe S, Nekolaichuk CL. Sleep disturbances in palliative cancer patients attending a pain and symptom control clinic. *Palliat Support Care*. 2005;3:23–31.
 21. Marrugat J, Vila J, Pavesi M, Sanz F. Estimación de tamaño de la muestra en la investigación clínica y epidemiológica. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:267–76.
 22. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños J. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*. 1999;83:9–16.
 23. Bassols A, Bosch F, Baños J. How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage*. 2002;23:318–28.
 24. Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kaunen J, Viinamaki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*. 2001;89:175–80.
 25. Hensler S, Heinemann D, Becker M, Ackermann H, Wiesemann A, Abholz H, et al. Chronic pain in german general practice. *Pain Med*. 2009;10:1408–15.

COMENTARIO EDITORIAL

La importancia de evaluar adecuadamente el dolor

The importance of adequately evaluating pain

Alberto Alonso Babarro

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Todas las personas experimentamos algún tipo de dolor a lo largo de la vida. Afortunadamente la mayoría de estas experiencias no son de dolor severo ni evolucionan hacia la cronificación del síntoma. El dolor es la causa más frecuente de consulta en atención primaria. Alrededor del 50% de los pacientes que acuden a consulta presentan algún tipo de dolor¹ y estas cifras han permanecido estables en las últimas décadas. La prevalencia de dolor crónico podría situarse entre el 20 y el 40% según la metodología empleada en los diferentes estudios^{1–3}, y en todos ellos la causa más frecuente de dolor crónico es la patología musculoesquelética.

El dolor genera en las personas que lo presentan un deterioro importante de su calidad de vida, y a pesar de ello y de la elevada frecuencia de este síntoma, llama la atención la relativa escasez de trabajos sobre dolor en atención primaria (AP). En primer lugar, porque los profesionales de AP son los mejor situados para hacer estudios epidemiológicos del dolor y valorar el grado de repercusión de este síntoma en la calidad de vida en general y en diferentes aspectos particulares de la salud. En segundo lugar, porque a pesar de que conocemos la importancia de realizar una evaluación adecuada del dolor, no solamente centrada en la intensidad del mismo, sino valorando su posible etiología y sus repercusiones de forma multidimensional, todavía no tenemos definidas las herramientas correctas de valoración. Conocer bien el síntoma y sus repercusiones es esencial para poner en marcha estrategias efectivas de tratamiento. Por último, sabemos que el abordaje inicial

Véase contenido relacionado en DOI:

10.1016/j.aprim.2010.09.006

Correo electrónico: albertoonalonsob@gmail.com