



ELSEVIER

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

Impacto del dolor crónico discapacitante: resultados de un estudio poblacional transversal con entrevista cara a cara



Andrés Cabrera-León^{a,b} y Miguel Ángel Cantero-Braojos^{c,*}

^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Instituto de Investigación Biosanitaria, ibs.GRANADA, Hospitales Universitarios de Granada/Universidad de Granada, Granada, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Pública y Epidemiología (CIBERESP), Madrid, España

^c MenSana, Psicología y Salud, Granada, España

Recibido el 7 de diciembre de 2016; aceptado el 20 de marzo de 2017

Disponible en Internet el 16 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Dolor crónico;
Discapacidad;
Calidad de vida;
Medicamentos;
Servicios sanitarios;
Estudio transversal

Resumen

Objetivo: Conocer el impacto del dolor crónico discapacitante (DCD) en la calidad de vida, el trabajo, el consumo de medicamentos y la utilización de servicios sanitarios.

Diseño: Estudio poblacional transversal con entrevista cara a cara y diseño muestral complejo.

Emplazamiento: Encuesta Andaluza de Salud (edición 2011).

Participantes: Un total de 6.507 personas ≥ 16 años ($p=q=0,5$; nivel confianza = 95%; error muestral = 1,49; efecto diseño = 1,52).

Intervenciones: Se trata de un estudio observacional, por lo que no se realizó intervención alguna.

Mediciones principales: Variable dependiente: DCD, definido como población que afirmó verse limitada en su actividad por alguno de los dolores crónicos (DC) recogidos en el estudio. Variables independientes: calidad de vida, consumo de medicamentos, utilización de servicios sanitarios y ausencia laboral.

Resultados: Comparado con la población sin dolor crónico (nDC), la población con DCD tiene 6 puntos menos en calidad de vida mental y 12 en la física, consume el triple de medicamentos, utiliza casi el doble los servicios sanitarios, y su ausencia laboral prolongada es el triple. Además, la población con DC no discapacitante (DCnD) no difiere significativamente de aquella nDC en cuanto a las variables de estudio.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: macantero@cop.es (M.Á. Cantero-Braojos).

Conclusiones: Hemos considerado DCD como otra categoría del DC por su gran impacto en las variables de estudio. Por el contrario, la población con DCnD no obtiene diferencias de impacto significativas con respecto a la población nDC. Así pues, creemos que Atención Primaria y Salud Pública deberían liderar diferentes estrategias de prevención para el DCD así como la identificación de la población con DCnD para disminuir su posible deterioro hacia el DCD.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Chronic pain;
Disability;
Quality of life;
Medicines;
Health services;
Cross-sectional studies

Impact of disabling chronic pain: results of a cross-sectional population study with face-to-face interview

Abstract

Objective: To assess the impact of disabling chronic pain (DCP) on quality of life, work, consumption of medication and usage of health services.

Design: Cross-sectional population study with face-to-face interview.

Setting: Andalusian Health Survey (2011 edition).

Participants: 6,507 people over the age of 16 ($p = q = 0.5$; confidence level = 95%; sampling error = 1.49, design effect = 1.52).

Interventions: Not applicable.

Main measurements: Dependent variable: DCP: population limited in their activity by any of the CP specified in the survey. Independent variables: quality of life, absence from work, consumption of medication and utilization of health services.

Results: Compared to a population without CP, DCP impact is 6 points less on the mental quality of life and 12 points on the physical one, medication consumption is triple, health services utilization is almost double, and long absence from work is triple. On the other hand, a population with nondisabling chronic pain (nDCP) presents similar results to a population without CP.

Conclusions: We have considered DCP as another CP category because of its huge impact, as is shown in our study, on the study variables. On the contrary, the population with nDCP does not obtain significant impact differences when compared to the population without CP. Therefore, we believe that Primary Care and Public Health should lead different prevention strategies for DCP as well as for the identification of the nDCP population to decrease its possible deterioration towards DCP.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Se estima que la prevalencia de dolor crónico (DC) en España es del 17,03% (IC 95% = 16,88-17,19), afectando a unas 6.658.363 personas mayores de 16 años¹. Aunque son muchos los estudios epidemiológicos sobre DC, estos varían en la forma de definirlo^{2,3}. Entre ellos, algunos coinciden en considerar el DC cuando este produce discapacidad (en adelante, dolor crónico discapacitante [DCD])^{1,4,5}, entendiéndola como la disfunción, actividad limitada y restricción en la participación social⁶.

En este sentido, el 11,36% (IC 95% = 11,23-11,49) de la población general española mayor de 16 años padece DC, mientras que el 5,67% (IC 95% = 5,57-5,77) tendría DC aunque no discapacitante (DCnD)¹. El DCD es más prevalente entre las personas de estados sociales más vulnerables y mucho más frecuente entre las mujeres^{1,4}, incrementándose las diferencias con respecto a los hombres conforme aumenta la edad¹. Además, debido al progresivo deterioro de la población que padece DCnD, esta pasaría a estar en riesgo de desarrollar DCD^{4,5}, dándose en edades tempranas, especialmente entre las mujeres¹.

Así pues, aunque empieza a haber evidencia de que el DCD supone un problema de salud de gran importancia para la salud pública y los sistemas sanitarios, especialmente en Atención Primaria, es necesario realizar más estudios que utilicen una definición consensuada del DCD y que permitan conocer su impacto así como factores que prevengan su desarrollo⁷.

El objetivo de este trabajo es conocer el impacto del DCD en la calidad de vida, el trabajo, el consumo de medicamentos y la utilización de servicios sanitarios.

Material y métodos

Diseño

Utilizamos la Encuesta Andaluza de Salud (EAS, edición 2011), con diseño transversal y poblacional, muestreo polietápico estratificado y entrevista cara a cara de 6.507 personas mayores de 16 años ($p = q = 0,5$; nivel confianza = 95%; precisión = 1,49; efecto del diseño = 1,52; tasa de respuesta = 67,9%)⁸.

Variables

Variable dependiente: DCD, definida como población con DC limitada en su actividad por dolores crónicos. Sus categorías son DCD, DCnD y nDC, siendo esta última la de referencia en todos los análisis ([tabla 1](#)).

Variables independientes: calidad de vida relacionada con la salud (CVRs), salud percibida, necesidad de ayuda en actividades de la vida diaria (AVD), apoyo social funcional, condiciones laborales, problemas de salud debidos al trabajo, ausencia laboral, consumo de medicamentos y utilización de servicios sanitarios ([tabla 1](#)).

Análisis estadístico

Se obtuvieron porcentajes, medias, intervalos de confianza al 95%, coeficientes de variación, residuos tipificados corregidos, p-valores y odds ratio (OR) obtenidas a partir de modelos de regresión logística multinomial en los que se analizó la asociación de las variables independientes con la dependiente. Todos los modelos fueron ajustados por sexo y edad, su interacción y otras formadas con las variables independientes. Se ofrecen gráficos de barras simples y apiladas, con y sin ejes secundarios. Se utilizó un nivel de significación del 5% y los análisis se realizaron considerando pesos del diseño muestral, mediante el SPSSv.19.

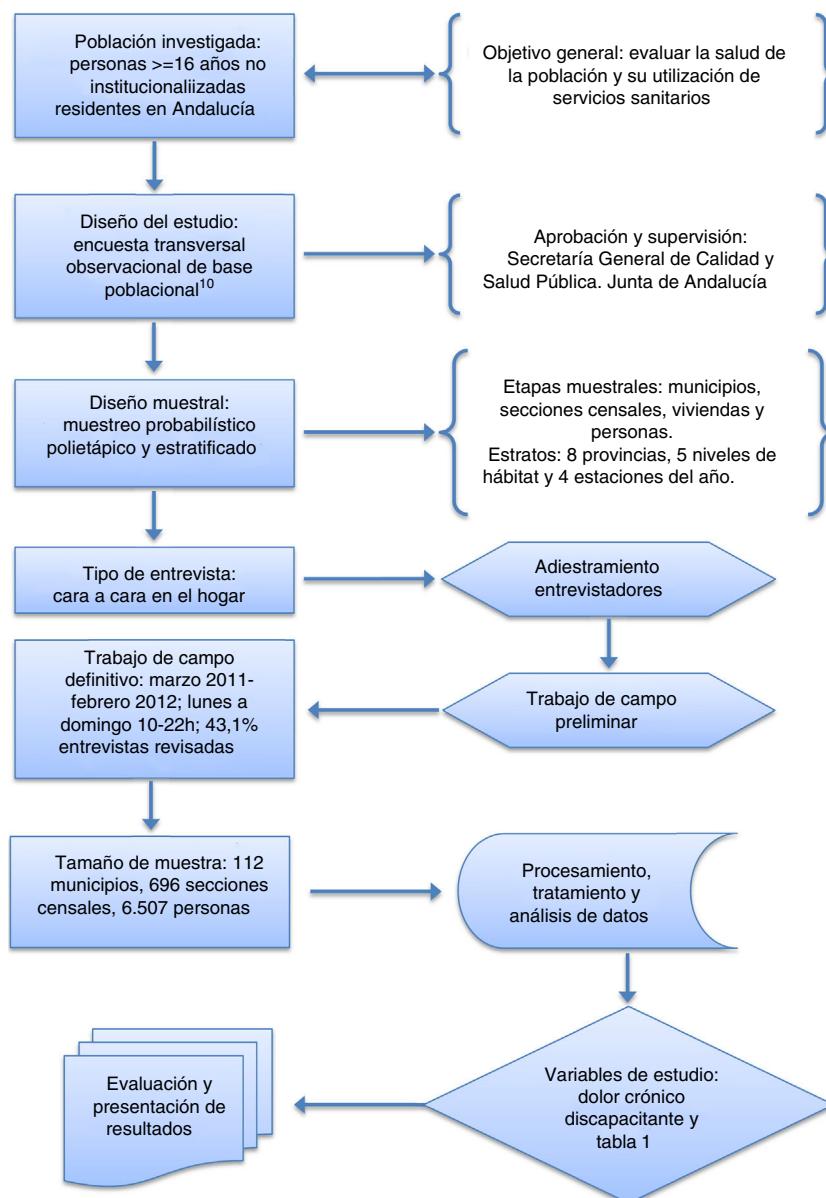


Tabla 1 Variables de estudio

Definición y comentarios	Código ^a
Dolor crónico discapacitante (DCD, variable dependiente): población con dolor crónico (DC) que afirmó verse limitada en su actividad por alguno de los DC declarados, entre los recogidos en la Encuesta Andaluza de Salud ⁸ con la palabra «dolor» en su etiqueta: «migrañas/jaquecas/cefaleas crónicas/dolor de cabeza frecuente», «angina/dolor de pecho», «dolor de espalda, cuello, hombro, cintura, cervical/lumbar» y «dolor menstrual». Las subpoblaciones con DC no discapacitante (DCnD) y no DC fueron también definidas con esta variable	P.14b
Sexo y edad (16-44 años; 45-64 años; ≥ 65 años)	P.2
Situación laboral (en paro, jubilado/a, amo/a de casa, estudiante, incapacidad/invalidez permanente y otra)	P.61
Limitación de alguna de las actividades de la persona, para cada enfermedad crónica	P.14b
Recibir medicación o terapia, para cada enfermedad crónica	P.14a
Problemas de salud debidos al trabajo (personas trabajadoras en el momento de la entrevista): dolores de espalda, sentirse nervioso/estresado, agotado a todas horas, dolores musculares, dolores de cabeza y problemas de sueño	P.69
Ausencia laboral al trabajo (n.º de días en los últimos 12 meses, categorizado como ningún día, 1-3 días, 4-7 días, más de una semana)	P.70
Calidad de vida relacionada con la salud (componentes físico y mental; SF-12 ⁹)	P.7-P.13
Pregunta simple sobre autopercepción de estado de salud en los últimos 12 meses	P.40
Necesidad de ayuda en algunas de las actividades de la vida diaria instrumentales (tareas de la casa, preparar la comida, ir de compras, manejar dinero, usar teléfono, tomar su medicación, subir y bajar escaleras, salir a caminar) o básicas (usar el wáter, controlar orina y caca, usar el baño o ducha, arreglarse, vestirse, comer, moverse por casa, moverse desde la cama hasta la silla) de la vida diaria	P.54
Apoyo social funcional: puntuación total y según dimensiones confidencial y afectiva ¹⁰	P.57
Uso de servicios sanitarios en cuanto a hospitalización, urgencias, atención especializada y primaria, tipo de médico visitado y de seguro sanitario utilizado	P.17, P17a-P17g
Consumo de «medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre», así como consumo de otros medicamentos («gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.») y número de medicamentos consumidos	P.16a

^a Código de la pregunta en el cuestionario de la Encuesta Andaluza de Salud⁸.

Resultados

Estado de salud

La población con DCD obtiene una CVRS y una salud percibida significativamente muy inferiores a las de la población con DCnD y nDC ($p < 0,001$) (fig. 1). Por el contrario, la población con DCnD no obtuvo diferencias estadísticamente significativas con respecto a la población nDC.

En términos de probabilidad de padecer DCD (tabla 2), esta es significativamente superior en mujeres, siendo significativamente mayor a medida que mejora la salud percibida (1,6 veces superior en mala o muy mala; 1,8 en regular; 2,4 en buena y 8,6 veces en muy buena; $p < 0,001$). También la probabilidad de padecer DCnD es significativamente superior en mujeres, aunque es inferior y no se modifica significativamente según la salud percibida. Por otro lado, las personas con salud percibida mala o muy mala tienen una probabilidad 25 y 11 veces mayor de padecer DCD o DCnD, respectivamente, cada 10 años de más edad, disminuyendo a mejor salud percibida.

Actividad de la vida diaria

Tanto las necesidades instrumentales como las básicas en población mayor de 65 años se asocian muy significativamente al DCD (49,6 y 37%, respectivamente, $p < 0,001$), observándose porcentajes muy superiores a los de la población con DCnD o nDC. Además, un 7,1 y un 3,2% de la población con DCD y necesidades básicas o instrumentales (respectivamente) no recibe ayuda; porcentajes superiores, aunque no estadísticamente significativos, a los de la población nDC (5,4 y 2,4%, respectivamente), población general (5 y 2,5%) y población con DCnD para ayuda básica, no así para la instrumental (0 y 4,8%). Por último, la probabilidad del DCD fue significativamente más del doble en población con necesidades de ayuda, siendo bastante menor para DCnD (tabla 2).

Apoyo social funcional

La población con DCD obtiene puntuaciones medias significativamente muy inferiores (componente afectivo: DCD = 75,1; DCnD = 78,8; nDC = 81,9; y población general = 80,9;

Tabla 2 Dolor crónico discapacitante y no discapacitante según salud autopercebida, necesidad de ayuda y condiciones laborales

Dolor crónico discapacitante (categoría referencia: no dolor crónico) ^a	Variables ^a	Categorías	p	OR ^b	Intervalo de confianza 95%		
					Mínimo	Máximo	
Sí	Autovaloración del estado de salud (categorías de Malo o muy malo, Regular, Bueno, y Muy bueno) (p < 0,001) (*sexo, p = 0,033) (*edad, p < 0,001)	Hombre	< 0,001	0,116	0,039	0,346	
		Edad	< 0,001	1,043	1,024	1,062	
		Malo o muy malo	< 0,001	37,27	8,55	162,46	
		Regular	< 0,001	25,48	8,95	72,53	
		Bueno	0,59	1,32	0,48	3,62	
		Muy bueno	—	1	—	—	
		Malo o muy malo*hombres	0,008	5,27	1,54	18,05	
		Regular*hombres	0,006	4,87	1,57	15,07	
		Bueno*hombres	0,026	3,58	1,16	11,02	
		Muy bueno*hombres	—	1	—	—	
		Malo o muy malo*edad	0,046	0,975	0,951	0,999	
		Regular*edad	0,003	0,97	0,95	0,989	
		Bueno*edad	0,69	1,004	0,984	1,024	
		Muy bueno*edad	—	1	—	—	
		Hombres	0,014	0,391	0,184	0,83	
		Edad	< 0,001	1,038	1,017	1,059	
		Malo o muy malo	0,009	15,32	1,94	120,88	
		Regular	< 0,001	10,59	2,89	38,83	
		Bueno	0,009	4,49	1,45	13,92	
		Muy bueno	—	1	—	—	
		Malo o muy malo*hombres	0,67	1,35	0,33	5,51	
		Regular*hombres	0,045	2,49	1,02	6,05	
		Bueno*hombres	0,29	1,54	0,68	3,47	
		Muy bueno*hombres	—	1	—	—	
		Malo o muy malo*edad	0,028	0,96	0,93	0,99	
		Regular*edad	0,001	0,96	0,939	0,986	
		Bueno*edad	0,009	0,971	0,95	0,993	
		Muy bueno*edad	—	1	—	—	
Sí	Necesidad de ayuda en actividades de la vida diaria (> 65 años) (p < 0,001)	Básicas	Sí	< 0,001	2,453	1,761	3,416
No			Sí	0,043	1,853	1,021	3,364
Sí		Instrumentales	Sí	< 0,001	2,455	1,803	3,345
No			Sí	0,325	1,318	0,761	2,285
Sí	Condiciones físicas del trabajo (p = 0,008)		Condiciones peores	< 0,001	2,596	1,535	4,39
			Condiciones intermedias	0,016	1,873	1,125	3,12
			Condiciones mejores	—	1	—	—
			Condiciones peores	0,263	1,331	0,806	2,196
			Condiciones intermedias	0,356	1,271	0,764	2,117
			Condiciones mejores	—	1	—	—
No			Exposición más desfavorable para la salud	0,863	1,043	0,645	1,688
Sí	Exposición psicosocial en el trabajo: componente «Exigencias psicológicas» (p = 0,022)						

Tabla 2 (continuación)

Dolor crónico discapacitante (categoría referencia: no dolor crónico) ^a	Variables ^a	Categorías	p	OR ^b	Intervalo de confianza 95%
					Mínimo Máximo
No	Exposición psicosocial en el trabajo: componente «Trabajo activo y posibilidad de desarrollo» (p = 0,149)	Exposición intermedia	0,758	1,071	0,691 1,661
		Exposición más favorable para la salud	—	1	— —
		Exposición más desfavorable para la salud	0,002	0,388	0,215 0,7
Sí	El trabajo afecta en la salud: dolor de espalda (p < 0,001)	Exposición intermedia	0,04	0,621	0,393 0,979
		Exposición más favorable para la salud	—	1	— —
		Exposición más desfavorable para la salud	0,067	0,642	0,4 1,032
No	El trabajo afecta en la salud: nervios y estrés (p = 0,001)	Exposición intermedia	0,328	0,798	0,509 1,253
		Exposición más favorable para la salud	—	1	— —
		Exposición más desfavorable para la salud	0,112	0,674	0,415 1,096
Sí	El trabajo afecta en la salud: agotamiento continuo (p < 0,001)	Exposición intermedia	0,1	0,659	0,401 1,084
		Exposición más favorable para la salud	—	1	— —
		Sí	< 0,001	3,679	2,493 5,432
No	El trabajo afecta en la salud: dolores musculares (p = 0,016)	Sí	< 0,001	2,699	1,743 4,177
Sí		Sí	0,261	2,838	0,46 17,514
No	El trabajo afecta en la salud: dolores de cabeza (p < 0,001)	Sí*edad	0,928	0,998	0,958 1,04
		Sí	< 0,001	28,35	4,504 178,454
		Sí*edad	0,008	0,936	0,892 0,983
Sí		Sí	< 0,001	3,256	1,949 5,44
No	El trabajo afecta en la salud: problemas de sueño (p < 0,001)	Sí	0,413	1,372	0,644 2,924
Sí		Sí	< 0,001	5,572	3,29 9,439
No	El trabajo afecta en la salud: dolores de cabeza (p < 0,001)	Sí*hombres	0,017	0,311	0,12 0,808
		Sí	0,208	1,722	0,738 4,018
		Sí*hombres	0,185	2,027	0,712 5,771
Sí		Sí	< 0,001	3,055	1,856 5,029
No	El trabajo afecta en la salud: problemas de sueño (p < 0,001)	Sí	0,001	2,758	1,558 4,883
Sí		Sí	< 0,001	3,729	2,248 6,186
No		Sí	0,01	2,332	1,228 4,427

^a Dolor crónico definido incluyendo cefaleas crónicas, dolor músculo-esquelético y angina/dolor de pecho.

^b Todos los modelos fueron ajustados por sexo y edad (con p < 0,05 en todos los modelos), así como por las interacciones sexo*edad, sexo*variable independiente analizada y edad*variable independiente analizada, mostrando resultados de aquellas que resultaron ser estadísticamente significativas y que no afectaron a la convergencia del modelo.

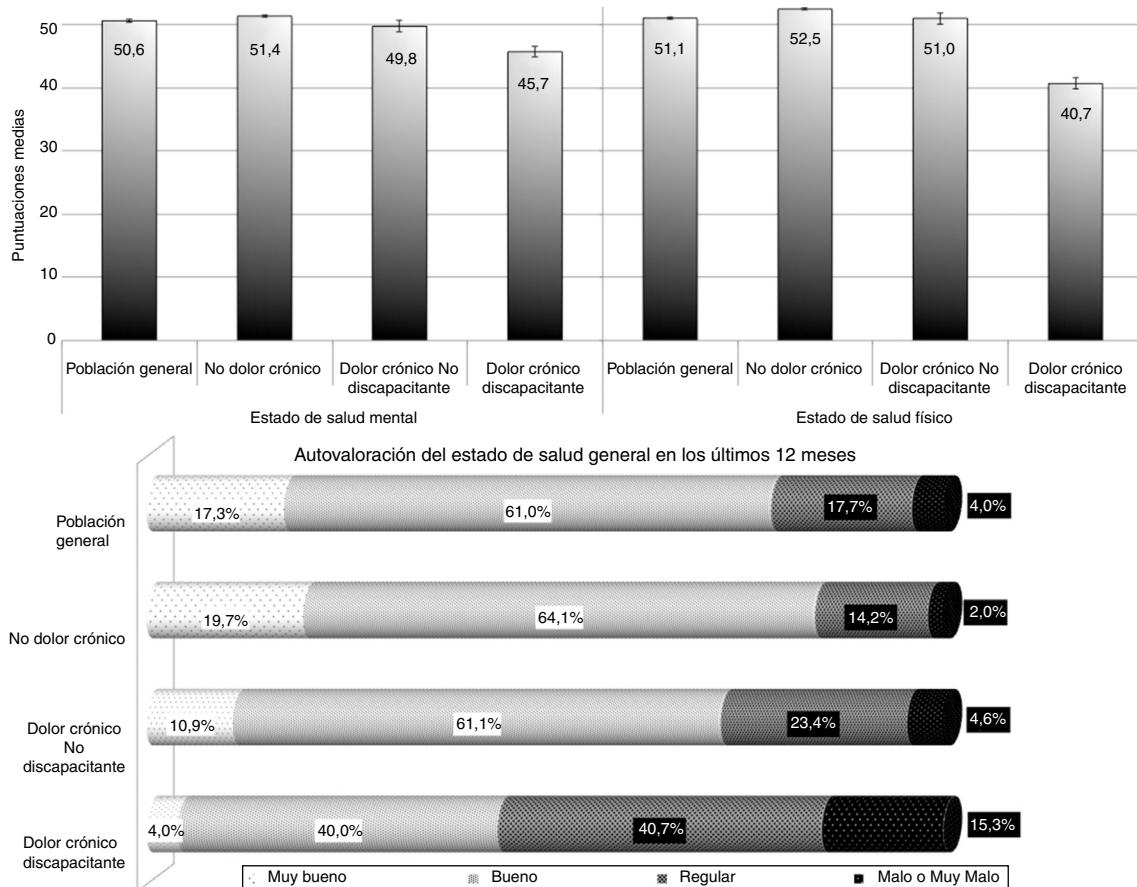


Figura 1 Dolor crónico discapacitante y estado de salud. Los valores de los intervalos de confianza, coeficientes de variación y pruebas estadísticas se encuentran disponibles en las tablas 1 y 2 del material complementario.

componente confidencial: DCD = 83,8, DCnD = 85,7; nDC = 87,4; y población general = 86,9; $p < 0,001$). Se observó una mayor probabilidad de tener DCD a menor apoyo social funcional ($OR = 1,032$, $p < 0,001$ y $OR = 1,021$, $p = 0,028$), disminuyendo ligeramente aunque significativamente para DCD conforme aumenta la edad.

Salud laboral

Los problemas de salud debidos al trabajo y la ausencia laboral prolongada son significativamente muy superiores en la población con DCD con respecto a la de DCnD o nDC (tabla 3).

Se observó una probabilidad significativamente muy superior de padecer DCD en población con problemas de salud debidos al trabajo (tabla 2), siendo las más altas con dolor muscular ($OR_{mujeres} = 17,9$ y $OR_{hombres} = 5,6$). Fueron también significativas aunque más bajas para DCnD, excepto en nervios y estrés (tabla 2).

La probabilidad de padecer DCD fue significativamente mayor en población con condiciones físicas en el trabajo peores o intermedias, no alcanzando la significación en DCnD. Sin embargo, no se observó mayor probabilidad de padecer DCD o DCnD en población con exposición psicosocial en el trabajo más desfavorable o intermedia (tabla 2).

Consumo de medicamentos

Un 71,5 y un 82,8% de la población con DCD consumió medicinas para el dolor y otras medicinas, respectivamente, en las últimas 2 semanas, porcentajes significativamente muy superiores a los de DCnD y nDC (tabla 4).

La población con DCD consumió el triple de medicamentos que la población nDC (2,8 y 0,9, respectivamente), y significativamente más que la población con DCnD (1,6; $p < 0,01$).

Utilización de servicios sanitarios

La utilización de Atención Primaria, Urgencias, médico general o especialista es significativamente superior en población con DCD (91, 36,5, 35,9 y 9,1%, respectivamente), mientras que la hospitalización es de casi el doble (13% en DCD, 7,6% en DCnD y 7,1% en nDC). Además, como viene observándose en este estudio, las poblaciones con DCnD o nDC no difieren significativamente, a excepción del médico especialista. Respecto al tipo de cobertura sanitaria, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (tabla 4).

Discusión

Los resultados de este estudio permiten concluir que la población con DCD con respecto a aquella con DCnD y nDC y,

Tabla 3 Problemas de salud debidos al trabajo según dolor crónico discapacitante

	Población ^a	Dolores	Dolores	Nervioso	Dolor de	Problemas	Agotado	Ausencia laboral (últimos 12 meses)					
		de	muscula-	y estre-	cabeza	de sueño		Ningún	1 a 3 días	Entre 4 y	Más de	N.º	
		espalda	res	sado		horas	día	día	7 días	una	semana	medio de	
Dolor	No	15,47%	10,73%	10,59%	6,23%	5,47%	5,79%	89,21% (p < 0,001)	5,74%	2,39%	2,66%	1,13	
	IC 95%	13,95- 17,14	9,44- 12,18	9,31- 12,03	5,25- 7,39	4,55- 6,57	4,83- 6,91	87,73- 90,53	4,78- 6,89	1,79- 3,18 ^c	2,02- 3,49	0,62- 1,63	
	Sí, no discapa- citante	28,8%	19,6%	18,6%	13,7%	10,1%	6,8%	79,2%	8,7%	7,7%	4,3%	5,76	
	IC 95%	21,3- 37,6	13,4- 27,8 ^c	12,6- 26,6 ^c	8,5-21,1 ^c	5,8-16,9	3,4-13 ^d	70,9- 85,7	4,7-15,4 ^d	4,1-14,2 ^d	1,8-10 ^d	0,25- 11,27	
	Sí, discapa- citante	39% (p < 0,001)	28,7% (p < 0,001)	24,7% (p < 0,001)	18,5% (p < 0,001)	16,9% (p < 0,001)	16,7% (p < 0,001)	77,2%	7,4%	5,7%	9,7% (p < 0,001)	9,04 (p = 0,025)	
	IC 95%	30,9- 47,8	21,5- 37,2	18-33 ^b	12,6- 26,3 ^c	11,3- 24,5 ^c	11,2- 24,3 ^c	68,9- 83,9	2,4-3,9 ^d	2,8-11,5 ^d	5,6-16,3 ^d	1,82- 16,26	
Población	general	17,5%	12,2%	11,8%	7,3%	6,3%	6,4%	87,93%	6%	2,92%	3,16%	1,84	
trabajadora		(16-19,1)	(10,9- (19,	(10,5- 13,7)	(6,3-8,5) 13,2)	(5,4-7,4) (20,	(5,5-7,5) (6, 1,2%)	(8, 1,6%)	86,47- 89,24	5,07- 7,09	2,28- 3,72	2,49- 3,99	(1,32- 2,34)
(n = 2.221)													
IC 95%		0,9%	(21, 1%)	(6, 1,2%)	0,9%								
(muestra perdida, %)													

^a En las casillas se indican las significaciones inferiores a 0,1.^b Al menos una enfermedad crónica de estudio a excepción de las de dolor.^c 15 ≤ CV ≤ 24.^d CV ≥ 25.

Tabla 4 Consumo de medicamentos (últimas 2 semanas) y utilización de servicios sanitarios según dolor crónico discapacitante

Población ^a		Consumo de medicinas para el dolor y/o para la fiebre		Consumo de otras medicinas		Ingreso hospitalario (al menos una noche, últimos 12 meses)		Urgencias por algún problema o enfermedad propia, no de otro familiar (últimos 12 meses)											
Dolor crónico	No	17,23%			46,3%		7,1%		22,24%										
	IC 95%	16,25-18,26			45,0-47,6		6,45-7,82		21,17-23,35										
	Sí, no discapacitante	55,3%			59,0%		7,6%		27%										
	IC 95%	50,2-60,3			53,9-63,9		5,3-10,7		22,7-31,7										
	Sí, discapacitante	71,5% (p < 0,001)			82,8% (p < 0,001)		13% (p < 0,001)		36,5% (p < 0,001)										
	IC 95%	68,2-74,4			79,9-85,3		10,8-15,6		33,1-40										
	%	25,7%			51,2%		7,8%		24,2%										
	IC 95%	24,6-26,7			50-52,4%		7,2-8,5		23,1-25,2										
	Acudir a centro de salud (consultorio) o ambulatorio (centro de especialidades) de la seguridad social (últimos 12 meses)					Última consulta médica (últimas 2 semanas)			Titular de alguna modalidad de seguro sanitario										
	Sí, por algo que le pasaba a usted			Sí, por algo que le pasaba a otra persona (familiar, conocido, etc.)		Sí, ambos motivos		Médico general											
Población general	No	54,94%		10,66%		19,13%		20,15%		4,89%		74,96%		93,96%		2,02%		3,95%	
	IC 95%	53,64-56,23		9,86-11,51		18,13-20,17		19,1-21,24		4,35-5,5		73,79-76,1		93,29-94,56		1,68-2,43		3,46-4,5	
	Sí, no discapacitante	64,2%		10,66%		20,6%		23,3		6,3%		70,4%		91,9%		3%		5,1%	
	IC 95%	59,2-68,9		9,86-11,51		16,8-25		10,3-27,9		4,2-9,3		65,6-74,9		88,7-94,3		1,6-5,3		3,3-7,9	
	Sí, discapacitante	68,3% (p < 0,001)		4,2%		22,7%		35,9% (p < 0,001)		9,1%		55%		95,2%		1,1%		3,8%	
	IC 95%	64,8-71,5		3-5,9		19,8-25,8		32,6-39,5		7,2-11,1		54,1-58,5		93,4-96,5		0,5-2,1		2,6-5,4	
	%	57%		9,7%		19,6%		22,1%		5,5%		72,4%		94%		2%		4%	
	IC 95%	55,8-58,2		9-10,4		18,7-20,6		21,2-23,2		4,9-6		71,3-73,5		93,4-94,5		1,7-2,3		3,5-4,5	

^a En las casillas se indican las significaciones inferiores a 0,1; los coeficientes de variación fueron < 15% en todas las estimaciones

.

en mayor medida, las mujeres con DCD, tienen peor estado de salud, más necesidades de las AVD, menos apoyo social funcional, peores condiciones de trabajo y más ausencias laborales, mayor consumo de medicamentos (relacionados o no con dolor) y mayor utilización de todos los servicios sanitarios. Así pues, este estudio cuantifica la magnitud de esos impactos en cada una de las subpoblaciones de estudio (DCD, DCnD, nDC) y analiza las diferencias entre ellas.

Como en otros trabajos, el lugar del estudio, el criterio utilizado para la definición de DC y las características metodológicas hacen que las estimaciones de prevalencia e impacto varíen. Nuestra definición de DC ha sido el diagnóstico médico o profesional sanitario bajo criterio del *Plan andaluz de atención a las personas con dolor*¹¹, coincidente con el de la *International Association for the Study of Pain* (IASP)¹². La discapacidad fue definida de acuerdo con la OMS⁶, incluyendo la disfunción (problemas en la función o estructura corporal), recogida en un amplio rango de EC (**tabla 1**), mientras que la actividad limitada y participación social (dificultad en hacer una tarea o acción) fue recogida como respuesta (sí/no) para cada enfermedades crónicas (EC)¹. Aunque nuestros resultados sobre DC son comparables con otros estudios poblacionales^{2,3}, hemos encontrado muy pocos que midan su impacto diferenciando en la misma muestra la subpoblación de DCD de aquella con DCnD. Este hecho es clave ya que, como hemos demostrado, la población con DCD es la que impacta significativamente comparada con la de nDC, no observándose esto con la de DCnD.

Así pues, nuestro trabajo muestra que los peores estados de salud se dan en población con DCD, mientras que la población con DCnD obtiene resultados mejores y similares a los de la población nDC. Esta pérdida es aún más evidente en cuanto a la salud percibida mala o muy mala entre la población con DCD¹³, reflejando la importancia de la experiencia subjetiva a la respuesta al dolor⁴. Al igual que en otros estudios³ destaca su interacción con el sexo, mayor en mujeres, no observándose esto en DCnD. De manera similar, la interacción entre salud percibida y edad plantean la hipótesis de que la probabilidad de padecer DCD cada 10 años es mucho mayor en percepciones peores de salud. A la espera de obtener más respuestas en las investigaciones fisiológicas sobre por qué existen estas diferencias en la autopercepción de la salud con respecto a la edad y el sexo, consideramos que habría que explorar más en elementos psicosociales¹⁴, emocionales¹⁵, de personalidad¹⁶ y culturales¹⁷.

La prevalencia de DCD aumenta según el nivel de dificultad para realizar las AVD producido por el dolor y estas diferencias no fueron tan evidentes entre la población con DCnD, de manera similar a lo observado por otros estudios, aunque sobre DC, sin diferenciar si discapacita o no^{1,4}. Igualmente, la población con DCD necesita mayor ayuda para las AVD que la de DCnD (especialmente las instrumentales) y, sin embargo, no recibe más ayuda. Además, la subpoblación con DCD tiene menor apoyo social funcional, siendo este un factor importante para amortiguar el DC¹⁸⁻²⁰. Considerando estos resultados, observamos la multidimensionalidad del DC y la especificidad de aquel discapacitante, implicando enfoques médicos y psicosociales⁴ que deberían ser abordados urgentemente, desde el liderazgo de Atención Primaria.

Tenemos estudios que cuantifican los problemas de salud causados por el trabajo en DC²¹⁻²³ y otros que estiman el

número medio de días de ausencia laboral de DC^{2,24}. Sin embargo, no hemos encontrado estudios que investiguen estos problemas en población con DCD. Por ejemplo, en España² el número medio de ausencia laboral en DC es de 8 días (en 6 meses) y en nuestro estudio es de 7,4 días (en 12 meses), aunque si observamos las subpoblaciones de DC, la media de días es de 9 en DCD y de 5,76 en DCnD. Así pues, los problemas de salud causados por el trabajo y las ausencias laborales fueron mucho más frecuentes en la población con DCD que en la de DCnD. Los problemas más relevantes que afectan al DCD con respecto al DCnD son el dolor de espalda, el agotamiento, el dolor muscular (3 veces más en las mujeres que en los hombres), el dolor de cabeza y los problemas de sueño. Los problemas de nervios y estrés causados por el trabajo se dan con mayor frecuencia en población con DCnD, planteando la hipótesis de que ese problema de salud contribuye de manera importante al cambio a DCD²⁵. Por otra parte, las condiciones físicas peores en el trabajo se asociaron significativamente con la población con DCD, no así con las de DCnD, no observándose asociación similar con condiciones psicosociales peores en el trabajo.

La población con DCD consume muchos más medicamentos, tanto en número de veces como en número de medicamentos diferentes. También, hay una mayor utilización de servicios sanitarios por la población con DCD coincidiendo con los resultados observados en Blyth et al.⁵ y Häuser et al.²⁵, aunque en nuestro caso ampliamos la información a utilización de Urgencias y de Atención Primaria.

Como fortalezas del estudio, la fuente de información utilizada es una encuesta poblacional basada en entrevistas cara a cara en el domicilio a más de 6.500 adultos. Este tamaño muestral y método de recogida de la información permite precisión y fiabilidad en nuestros resultados. Además, esta encuesta recoge gran cantidad de información sobre salud, hábitos y servicios sanitarios, incluyendo Atención Primaria, permitiendo un análisis exhaustivo del DC e identificando aquel discapacitante. En cuanto a sus limitaciones, esta encuesta no recogió dolor muscular ni articular en extremidades inferiores y superiores (salvo hombro), ni las diferentes condiciones traumatológicas, posquirúrgicas y neuropáticas. Además, tampoco incluyó consumo de opiáceos, fisioterapia ni apoyo psicológico.

Conclusiones

Nuestra investigación considera el DCD como otra categoría dentro del DC, observándose que esta es la población que marca las diferencias con respecto a la población nDC, mientras que la población con DCnD obtiene resultados similares a la de nDC. Así pues, creemos que se deben iniciar diferentes estrategias lideradas por Atención Primaria y Salud Pública con los objetivos de prevenir el DCD e, igualmente, identificar a las personas con DCnD para disminuir su posible deterioro hacia el DCD. Las estrategias a nivel de población para reducir este riesgo de padecer DCD tendrían dos objetivos potenciales: por un lado, factores que contribuyen a la vulnerabilidad para desarrollar DCD, introduciendo aspectos psicosociales, emocionales y culturales; y, por otro lado, identificar la frecuencia de factores desencadenantes de los episodios de dolor.

Autoría

Los autores son los responsables exclusivos del contenido y escritura del trabajo.

Lo conocido sobre el tema

- El dolor crónico discapacitante (DCD) es uno de los grandes retos en Salud Pública debido a su gran impacto en la calidad de vida y los aspectos socioeconómicos.
- El DCD impacta enormemente en calidad de vida, trabajo, utilización de servicios sanitarios y consumo de medicamentos, no ocurriendo esto con el dolor crónico no discapacitante (DCnD).

Qué aporta este estudio

- Se deben iniciar diferentes estrategias en salud pública, ya que habría que marcar objetivos para su prevención, e igualmente identificar a la subpoblación de DCnD para disminuir el posible deterioro hacia el DCD.
- Las estrategias a nivel de población para reducir el riesgo de DCD tienen dos objetivos potenciales: por un lado, factores que contribuyen a la vulnerabilidad para desarrollar DCD, introduciendo aspectos psicosociales, emocionales y culturales; y, por otro lado, identificar la frecuencia de factores desencadenantes de los episodios de dolor.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

La Encuesta Andaluza de Salud, fuente de información utilizada en este trabajo, es un proyecto financiado por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2017.03.020](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.020).

Bibliografía

1. Cabrera-León A, Cantero-Braojos MA, García-Fernandez LL, Guerra de Hoyos JA. Living with disabling chronic pain: Results from a face-to-face cross-sectional population-based study. *BMJ* [en revisión].
2. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Tornero Molina JT, de Andres J, Gómez-Escalada Castellón JR. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *J Media Econ.* 2011;14:367–80.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006;10:287–333.
4. Smith BH, Elliot AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract.* 2001;18:292–9.
5. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain.* 2004;111:51–8.
6. WHO. International classification of functioning, disability, and health 2001. Switzerland, Geneva: World Health Organization; 2006.
7. Blyth FM, van der Windt DA, Croft PR. Chronic disabling pain: A significant public health problem. *Am J Prev Med.* 2015;49:98–101.
8. Sánchez-Cruz JJ., García Fernández LL., Mayoral Cortés JM. Encuesta Andaluza de Salud 2011-12. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013 [consultado 15 Oct 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/i81IBk>
9. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc).* 2008;130:726–35.
10. Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Frades-Payo B, Forjaza MJ, Martínez-Martín P, Fernández-Mayoralas G, et al. Psychometric properties of the Functional Social Support Questionnaire and the Loneliness Scale in non-institutionalized older adults in Spain. *Gac Sanit.* 2012;26:317–24.
11. Álvarez González J, Ayuso Fernández A, Caba Barrientos F, Caraballo Daza M, Cosano Prieto I, Criado de Reyna JS, et al. Plan andaluz de atención a las personas con dolor: 2010-2013. Sevilla: Consejería de Salud. 2010 [consultado 15 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/plan.atencion.dolor-1.0.pdf>
12. International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. Washington. IASP Taxonomy: Pain Terms; 2104 [consultado 15 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>
13. Loorbroks A, Bosch JA, Mommerssteeg PM, Herr RM, Angerer P, Li J. The association of depression and angina pectoris across 47 countries: Findings from the 2002 World Health Survey. *Eur J Epidemiol.* 2014;29:507–15.
14. Edwards RR, Dworkin RH, Sullivan MD, Turk DC, Wasan AD. The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *J Pain.* 2016;17 Suppl. 9:T70–92.
15. Seth B, de Gray LL. Genesis of chronic pain. *Anaesth Intens Care.* 2016;17:431–5.
16. Ramírez-Maestre C, Esteve R. The role of sex/gender in the experience of pain: resilience, fear, and acceptance as central variables in the adjustment of men and women with chronic pain. *J Pain.* 2014;15:608–18.
17. Kerns RD, Rosenberg R, Otis JD. Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Ann Behav Med.* 2002;24:100–5.
18. Evers AWM, Kraaimat FW, Geenen R, Jacobs JWG, Bijlsma JWJ. Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behav Res Ther.* 2003;41:1295–310.
19. Matos M, Bernardes SF, Goubert L. The relationship between perceived promotion of autonomy/dependence and pain-related disability in older adults with chronic pain: The mediating role of self-reported physical functioning. *J Behav Med.* 2016;39:704–15.
20. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa «Pain Proposal». *Rev Soc Esp Dolor.* 2014;21:16–22.

21. Pizzi LT, Carter ChT, Howell JB, Vallow SM, Crawford AG, Frank ED. Work loss, healthcare utilization, and costs among US employees with chronic pain. *Dis Manag Health Out.* 2005;13:201–8.
22. Schell E, Theorell T, Nilsson B, Saraste H. Work health determinants in employees without sickness absence. *Occ Med.* 2013;63:17–22.
23. Caseya CY, Greenberg MA, Nicassio PM, Harpin RE, Hubbard D. Transition from acute to chronic pain and disability: A model including cognitive, affective, and trauma factors. *Pain.* 2008;134:69–79.
24. Schultz AB, Edington DW. Employee health and presenteeism: A systematic review. *J Occup Rehabil.* 2007;17:547–79.
25. Häuser W, Schmutzler G, Hilbert A, Brähler E, Henningsen P. Prevalence of chronic disabling noncancer pain and associated demographic and medical variables: A cross-sectional survey in the general German population. *Clin J Pain.* 2015;31: 886–92.