

Rev. Soc. Esp. Dolor  
11: 260-269, 2004

## *Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA\**

M. Casals<sup>1</sup> y D. Samper<sup>2</sup>

Casals M, Samper D. *Epidemiology, prevalence and quality of life of non-malignant chronic pain. ITACA study. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 260-269.*

### SUMMARY

#### Objective:

To describe and analyze the epidemiological, clinical and quality of life features of patients with non-neuropathic non-malignant chronic pain recruited for the ITACA study (Impact of Analgesic Treatment on Quality of Life in Algias) in which 100 Pain Units of our country participated.

#### Material and methods:

The ITACA study was a prospective, observational, multicentric pharmacoepidemiological study performed during the first half of 2001. Data from the study population were obtained during the first recruitment visit.

#### Results:

The study included 907 patients, 66.03% women and 33.97% men, with an average age of  $57.43 \pm 11.34$  years. Forty-eight per cent of patients had an age ranging from 55 to 70 years; 92.56% lived with their family and 74.44% lived in an urban setting; 42.37% had overweight and 28.99%, obesity. The cause of chronic pain was, in order of frequency: lumbalgia (52.92%), followed by osteoarthritis (33.96%) and arthrosis (30.65%). The nociceptive process had lasted for  $5.32 \pm 6.31$  years. Seventy-nine per cent of the study population had some kind of restric-

tion of their physical activity. Concomitant drugs were administered to 78.84% of the patients for the management of pain and 69.6% followed other drug regimes due to processes other than pain.

Conditions associated with most severe pain were arthrosis, osteoporosis with vertebral crushing and osteoarthritis. Severe pain was associated with female gender, poor sleep quality and more than 70 years of age. Slighter pain was associated with male gender, less than 55 years of age and lumbalgia, visceral and ischemic pain.

#### Conclusions:

Overall, the results of the ITACA study population suggest that most patients were women, with an average age ranging from 55 to 70 years, with chronic pain whose origin was degenerative or inflammatory, with an average evolution of  $5.32 \pm 6.31$  years, living with their family in urban areas and with overweight.

A direct relationship was found between pain severity and degree of impact on the quality of life of the patients. Impact was greatest on the physical score versus the mental score of the quality of life of the study population. The negative indicators of physical health were arthrosis and pain severity, whereas the positive indicators were visceral pain and small restriction of the physical activity. The variables that had a negative influence on the mental dimension of the quality of life were female gender, low education level and activity restriction. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

**Key words:** Epidemiology of chronic pain. Quality of life and chronic pain. Spanish population. Tramadol.

### RESUMEN

#### Objetivo:

Describir y analizar las características epidemiológicas, clínicas y la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico no oncológico no neuropático, incluidos en el estudio ITACA (Impacto del Tratamiento Analgésico sobre la Calidad de vida en Algias), en el que han participado 100 Unidades de Dolor de nuestro país.

\*Algunos datos de este artículo están relacionados con el artículo que salió publicado en Rev Soc Esp Dolor 2004; 11 (3): 129-40.

<sup>1</sup>Clínica del Dolor. Unidad de Dolor Crónico. Fundació Sanitària d'Igualada. Igualada, Barcelona

<sup>2</sup>Coordinador de la Clínica del Dolor. Servei d'Anestesiologia. Hospital Germans Trías i Pujol. Badalona, Barcelona

Recibido: 25-11-03.

Aceptado: 22-04-04.

### Material y métodos:

El estudio ITACA es un estudio, prospectivo, observacional, multicéntrico de farmacoepidemiología, realizado en el primer semestre del año 2001. Los datos de la población estudiada han sido recogidos en la en la visita de inclusión de dicho estudio.

### Resultados:

El estudio incluyó 907 pacientes, 66,03% mujeres y 33,97% hombres, la media de edad fue de  $57,43 \pm 11,34$  años. El 48% tenía una edad comprendida entre 55 y 70 años. El 92,56% viven en familia y el 74,44% en medio urbano. El 42,37% tenía sobrepeso y obesidad el 28,99%. La etiología del dolor crónico fue, por orden de frecuencia: lumbalgia (52,92%), seguida de osteoartritis (33,96%) y artrosis (30,65%). La antigüedad del proceso álgico fue de  $5,32 \pm 6,31$  años. Tenía algún tipo de limitación de la actividad física un 79% de la población. El 78,84% de los pacientes tomaba medicación concomitante para el tratamiento del dolor y el 69,6% seguía tratamiento con otros fármacos por procesos diferentes al dolor.

Las patologías con más intensidad de dolor fueron la artrosis, osteoporosis con aplastamiento vertebral y osteoartritis, estando relacionado con el sexo femenino, peor calidad del sueño y con la edad mayor de 70 años. El dolor de menor intensidad estaba relacionado con el sexo masculino, edad menor de 55 años y padecer lumbalgia, dolor visceral e isquémico.

### Conclusiones:

El resultado global obtenido de la población incluida en el estudio ITACA fue: la mayor parte de los pacientes pertenecen al sexo femenino, tienen una edad comprendida entre 55 y 70 años, padecen principalmente dolor crónico de origen lumbar degenerativo o inflamatorio, con una evolución media del mismo de  $5,32 \pm 6,31$  años, viven en familia, tienen sobrepeso y habitan en zonas urbanas.

Existe una relación directa entre la intensidad del dolor y el grado de afectación de la calidad de vida de los pacientes. Se aprecia una mayor repercusión sobre el índice físico que el mental en la calidad de vida de la población estudiada. Los indicadores negativos de salud física son padecer artrosis y la intensidad de dolor, los positivos el dolor visceral y la escasa limitación de la actividad física. Las variables que influyen negativamente en la esfera mental de la calidad de vida están representadas por el sexo femenino, no tener estudios y tener una invalidez de la actividad. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

**Palabras clave:** Epidemiología del dolor crónico. Calidad de vida y dolor crónico. Población española. Tramadol.

hospitalizada padece algún tipo de dolor, siendo el 17,6% dolor crónico (1). La prevalencia del dolor crónico de causa no oncológica está entre el 2 y el 40% de la población adulta (2).

Si dentro del dolor crónico excluimos los pacientes oncológicos, el dolor neuropático, incluidas las cefaleas, queda un grupo de pacientes con características propias y que su principal causa de dolor es la patología degenerativa y/o inflamatoria osteoarticular y musculoesquelética. La artrosis es la enfermedad osteoarticular de mayor prevalencia mundial. En nuestro país, el dolor osteoarticular es el que motiva más frecuentemente consulta por dolor dentro de la población general (3) y la afectación de columna vertebral es una de las localizaciones más frecuentes (4,5).

El dolor crónico afecta a la salud física y psicológica del que lo padece, con repercusiones sobre las actividades diarias, autonomía, el empleo y el bienestar económico (6,7).

Las personas con dolor crónico no maligno tienen una afectación multidimensional de la calidad de vida, que supera a otras enfermedades medicas crónicas (8).

La afectación de la calidad de vida en el dolor crónico de origen osteoarticular degenerativo o inflamatorio es evidente por las limitaciones y repercusiones en los aspectos tanto físicos como psíquicos, sociales y económicos de los pacientes que lo padecen. Además del dolor existen diversos factores que repercuten negativamente sobre la calidad de vida de estos pacientes (9,10). En ocasiones son factores poco modificables como los socioculturales, en cambio sobre otros sí se pueden realizar estrategias de actuación del tipo educativas, preventivas, dietéticas, psicológicas, conductuales etc. Es decir, es preciso conocer el entorno de influencias que rodean a los pacientes con dolor crónico no oncológico para realizar un tratamiento integral desde un punto de vista amplio y multidisciplinar, donde el tratamiento analgésico asociado a medidas no farmacológicas y de promoción de hábitos saludables nos permita una mejora global de la patología dolorosa y de su repercusión personal, social y económica.

Algunas iniciativas han nacido de asociaciones creadas por los propios afectados de una misma patología con apoyo de organismos municipales y administraciones sanitarias. Otras se han puesto en marcha con el patrocinio de la industria farmacéutica y apoyo de las sociedades científicas como es el caso del "El estudio de calidad de vida del paciente con dolor", auspiciado por el Instituto Zambón de lucha contra el dolor y la Sociedad Española del Dolor realizado en nuestro país en el año 2001. En este estudio, mediante un cuestionario, se han recogido y analizado factores sociológi-

---

---

## INTRODUCCIÓN

Un estudio epidemiológico reciente ha detectado que un 29,6% de la población general española no

cos de pacientes con dolor, con el fin de detectar los indicadores de calidad de vida de esta población.

Estas expectativas nos permiten conocer aspectos tan variados como el resultado terapéutico en función de las características del paciente y el condicionamiento del dolor por factores socioculturales y laborales permitiendo una valoración objetiva de la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

Otro aspecto a tener en cuenta es la repercusión tanto de recursos asistenciales y económicos que van asociados con esta patología crónica (5). Se ha calculado que puede corresponder al 2,5% de PIB de los países industrializados (8). La evolución de la población de los países industrializados tiende a estar compuesta por personas de más edad y donde la longevidad cada vez es mayor. Esto comporta un progresivo avance de la enfermedad en los pacientes con procesos crónicos degenerativos.

En el presente estudio se exponen los datos epidemiológicos y el perfil correspondiente a la evaluación basal y el grado de afectación de la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico no oncológico no neuropático, de intensidad moderado-severo, incluidos en el estudio ITACA que fue realizado en 100 Unidades de Dolor de nuestro país.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio ITACA es un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico de farmacoepidemiología de una nueva especialidad farmacéutica. Los datos de este estudio fueron recogidos en el primer semestre del año 2001, en 100 Unidades de Dolor de nuestro país.

*Los criterios de inclusión fueron los establecidos en el protocolo del Estudio ITACA.* El estudio fue aprobado por el Comité de Ensayos e Investigación Clínica del Hospital Universitari Vall d'Hebrón de Barcelona. La muestra corresponde a pacientes de ambos sexos, de edad superior a 18 años e inferior a 80 años, tratados en una Unidad del Dolor por dolor crónico no oncológico de intensidad moderada-severa (EVA > 50 mm).

En la visita de inclusión se recogieron los antecedentes personales, los datos demográficos y antropométricos de los pacientes y se caracterizó el tipo de dolor crónico en cuanto a intensidad y antigüedad, la repercusión sobre la calidad del sueño y calidad de vida.

El ámbito del paciente se clasificó en rural, para poblaciones de menos de 2.000 habitantes, intermedio entre 2.000 y 10.000 habitantes y urbano en más de 10.000 habitantes.

La ocupación laboral podía ser: activo, invalidez transitoria o baja laboral, invalidez total u otros no especificados anteriormente.

El entorno familiar hace referencia a si el paciente vive solo, en familia o institucionalizado.

El consumo de tabaco se registró en número de cigarrillos/día. Se consideró no fumador el paciente que fumaba menos de un cigarrillo al día y ex-fumador a aquel que dejó el tabaco hace seis meses o más.

El consumo de alcohol se registró en ml de alcohol a la semana, transformándose para posteriores cálculos en mg de alcohol ingerido por día.

Se registró el consumo de drogas especificando el tipo.

El nivel de actividad física se clasificó como *normal* cuando no tiene limitaciones, *parcialmente limitada* cuando el paciente puede valerse por sí mismo pero está limitado para actividades laborales, *limitada* cuando precisa ayuda externa y permanece en cama o silla más del 50% del tiempo e *impedido* cuando el paciente permanezca confinado en cama o silla.

El cálculo del *índice de masa corporal* se obtuvo de la relación entre el peso en kg y la talla en m<sup>2</sup> considerando normopeso < 25 kg/m<sup>2</sup>, sobrepeso entre 25 y 30 kg/m<sup>2</sup>, y obesidad >30 kg/m<sup>2</sup>.

*Fármacos de uso habitual:* se solicitó la especificación del principio activo y la dosis de los fármacos de uso habitual por el paciente (no prescritos para el tratamiento analgésico) así como el momento en que se instauraron los mismos.

*Tratamiento analgésico:* en caso de haber recibido tratamiento analgésico previo a la inclusión en el estudio se registraron los principios activos utilizados.

Se registró el tratamiento analgésico *actual* prescrito al paciente. Se reseñó si el paciente recibía medicación concomitante analgésica y la dosis diaria.

Se especificó el motivo de inicio de este nuevo tratamiento por efectividad insuficiente del tratamiento previo, efectos secundarios, nuevo diagnóstico u otras.

*Escalas de evaluación:* como escalas específicas para medición de la intensidad del dolor, se utilizó la escala visual analógica (EVA) que mide la intensidad subjetiva del dolor y está basada en una medición de una línea de 10 cm, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor imaginable (dolor insoportable), y la escala multidimensional test de Lattinen (TL), que consta de cinco apartados, intensidad de dolor, frecuencia de aparición, consumo de analgésicos, actividad, y descanso nocturno, cada uno con cuatro posibles respuestas, de tal forma que se pueden alcanzar puntuaciones entre 0-20.

Para analizar el impacto del dolor sobre el sueño se utilizó una escala de calidad de sueño (ECS) (0 no duerme a 10 duerme sin dificultades). También se registraron las horas de sueño al día y si se despertaba por el dolor (no, algo, bastante o mucho).

Como cuestionario genérico para el análisis de la calidad de vida se utilizó la versión española del cuestionario de salud SF-12, versión reducida del cuestionario de salud SF-36, que es un instrumento de medida de la capacidad funcional y del bienestar emocional. Para puntuar el SF-12 se calculan 2 índices sumario: físico y mental.

*Tratamiento estadístico:* las variables cuantitativas se indican con la media aritmética y la desviación estándar y las cualitativas como porcentajes. El índice de confianza estimado para el tamaño de la muestra fue del 95%.

Las características basales de los pacientes se expresan mediante tablas de frecuencias para las variables de tipo nominal y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas.

El análisis de la relación entre variables categóricas se realizó mediante la prueba de la Chi cuadrado.

Con el objeto de analizar el perfil del paciente incluido en el estudio ITACA se ha realizado un análisis de correspondencias múltiples de variables demográficas y clínicas, técnica estadística que permite establecer correlaciones entre variables de tipo categórico y relaciones entre individuos.

Se ha efectuado un análisis clasificatorio con el objetivo de adscribir a los enfermos a grupos definidos por la presencia de características comunes y así definir conjuntos homogéneos de variables que permitan identificar grupos de pacientes con características comunes.

Para determinar los índices predictivos de los aspectos físico y mental de la calidad de vida se generó un modelo en el que se introducen todas las variables del perfil del paciente con la finalidad de explicar o prever cuál será la puntuación de dicho índice en un sujeto cualquiera.

Todos los cálculos serán realizados con el paquete estadístico SAS v 6.8

## RESULTADOS

### Perfil del paciente

Tras la valoración inicial de una muestra de 1.387 pacientes y tras revisar los criterios de inclusión y exclusión, la muestra a estudio fue de 907 pacientes.

Los resultados obtenidos de estos pacientes se muestran en la Tabla I.

**TABLA I.** CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA POBLACIÓN INCLUIDA EN EL ESTUDIO

<i>Sexo</i>	
Hombre	33,97%
Mujer	66,03%
<i>Edad media de la población</i>	
<i>Sexo</i>	
Hombre	56,43 ± 11,78
Mujer	57,89 ± 11,04
<i>Grupos de edad</i>	
Edad ≤ 50 años	38%
50 < edad ≤ 70 años	48%
Edad > 70 años	14%
<i>IMC media</i>	
27,84 ± 4,55	
Normopeso	28,64%
Sobrepeso	42,37%
Obesidad	28,99%
<i>Ámbito del paciente</i>	
Rural	11,05%
Intermedio	14,51%
Urbano	74,44%
<i>Ocupación laboral</i>	
Activo	29,07%
Invalidez transitoria	23,53%
Invalidez total	16,4%
Jubilados	14,58%
Trabajo en hogar	13,65%
Desempleo	1,15%
<i>Nivel de estudios</i>	
Sin estudios	19,01%
Primarios	56,02%
Secundarios	18,22%
Superiores	6,75%
<i>Entorno familiar</i>	
Vive solo	6,55%
Vive en familia	92,56%
Institucionalizado	0,89%
<i>Grado de actividad</i>	
Normal	20,30%
Parcialmente limitada	50,99%
Limitada	27,42%
Total	1,2%
<i>Consumo tabaco</i>	
Fumador	33,15%
No fumador	66,85%
<i>Consumo de bebidas alcohólicas</i>	
Sí	18,1%
No	81,86%

IMC = Índice de masa corporal.

La edad se expresa en media más desviación estándar. El resto en porcentajes.

En la evolución del IMC en función del sexo y del grupo de edad, se aprecia que las diferencias entre hombres y mujeres se acentúan con la edad.

Sólo en seis casos se reconoció el *consumo de drogas*, hachis y marihuana (0,66% del total de pacientes).

### Caracterización del tipo de dolor (Tabla II)

La mayoría de los pacientes padecía de lumbalgia. La mayor parte de lumbalgias presentaron un componente de radiculalgia. La columna fue la zona de afectación más frecuente en la osteoartritis.

**TABLA II.** CARACTERIZACIÓN DEL TIPO DE DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO (RESPUESTAS MÚLTIPLES), EXPRESADO EN PORCENTAJE

<i>Lumbalgia</i>		52,92
Con radiculalgia	67,33	
Sin radiculalgia	32,67	
<i>Osteoartritis</i>		33,96
Columna	67,86	
Cadera	19,81	
Rodilla	22,22	
Otros	22,4	
<i>Artrosis</i>		30,65
<i>Osteoporosis</i>		6,62
<i>Dolor visceral</i>		1,32
<i>Dolor isquémico</i>		1,65
<i>Otros</i>		11,57

En relación a la *antigüedad del proceso* algico esta fue de  $5,32 \pm 6,31$  años.

Respecto a la intensidad del dolor, los valores medios de la EVA fueron de  $7,31 \pm 1,29$  puntos y la puntuación en TL de  $12,03 \pm 2,65$ .

La afectación de la *calidad del sueño* resultó ser importante con unos valores de afectación de la misma de  $4,97 \pm 2,57$  (0 no duerme y 10 duerme sin dificultades). Los pacientes refirieron que el dolor les despierta "algo o mucho" en el 71,87% de los casos. Sólo un 17,94% de los pacientes refirieron no despertarse por el dolor.

Las mujeres presentaron una intensidad del dolor significativamente mayor que los hombres (EVA  $7,41 \pm 1,32$  vs  $7,09 \pm 1,22$  y LT  $12,21 \pm 2,64$  vs  $11,62 \pm 2,63$  puntos, mujeres y hombres respectivamente) ( $p < 0,05$ ); así como una peor calidad del sueño ( $4,84 \pm 2,5$  vs  $5,23$

$\pm 4,84$ ). Los grupos de edad más avanzada presentaron una mayor afectación por el dolor.

En la Tabla III se resume la *intensidad de dolor en función de la patología*. Se observa cómo la osteoporosis con aplastamiento vertebral es la patología con unos valores de EVA y de TL mayores y una mayor afectación del sueño (no se puede contrastar la significación de la diferencia entre variables porque se trata de una tabla multirrespuesta, los pacientes pueden padecer más de un tipo de patología).

**TABLA III.** VALORES BASALES DE INTENSIDAD DEL DOLOR EN FUNCIÓN DEL TIPO DE TRASTORNO CRÓNICO

	EVA	Lattinen	Sueño
Osteoartritis	$7,39 \pm 1,27$	$12,09 \pm 2,56$	$4,98 \pm 2,62$
Artrosis	$7,38 \pm 1,19$	$12,29 \pm 2,46$	$4,89 \pm 2,45$
Lumbalgia	$7,29 \pm 1,31$	$11,83 \pm 2,62$	$5,05 \pm 2,50$
Osteoporosis	$7,70 \pm 1,27$	$13,49 \pm 2,54$	$4,44 \pm 2,59$
Dolor visceral	$7,22 \pm 1,33$	$11,45 \pm 1,92$	$5,54 \pm 2,73$
Dolor isquémico	$7,30 \pm 1,30$	$13,85 \pm 3,31$	$4,06 \pm 2,47$
Otros	$7,44 \pm 1,38$	$12,42 \pm 2,90$	$4,92 \pm 2,83$

Valores de EVA, de la Escala de Lattinen y Calidad del sueño. EVA valores de 0 nulo – 10 máxima intensidad, Lattinen 0 nulo a 20 máxima intensidad, Calidad del sueño 0-no duerme 10 duerme sin dificultades.

Los valores están expresados en media más desviación estándar.

El 78,84% de los pacientes recibía medicación concomitante para el tratamiento del dolor, principalmente analgésicos antiinflamatorios (53,5%), ansiolíticos y antidepresivos (45,2%) e hipnóticos (7,8%). Los analgésicos antiinflamatorios empleados eran: paracetamol 29,85%, diclofenaco 15,22%, ibuprofeno 14,92%, inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa tipo 2 13,43%, metamizol 12,54%, oxicam 4,40%, salicilatos 2,13% e indometacina 1,49%.

Un elevado porcentaje de los pacientes (69,6%) recibía tratamiento farmacológico no analgésico, principalmente fármacos del sistema cardiovascular (60,6%), aparato digestivo y metabolismo (37,73%), SNC (33,7%), musculoesquelético (11,4%), genitourinario (6,4%) y respiratorio (4%).

De los resultados obtenidos en el análisis de correspondencias múltiples destacamos los siguientes resultados: el máximo consumo de fármacos habituales está representado por los pacientes que son mayores de 70 años y sin estudios. El dolor por artrosis, osteoporosis y osteoartritis se relaciona con sexo femenino (la artrosis con mayor correlación) y

con edad avanzada (mayores de 70 años). El sexo masculino se relaciona con dolor visceral y dolor isquémico.

En las situaciones de mayor dolor en la EVA se encuentran los pacientes que tienen más de 70 años, de sexo femenino y padecen de osteoporosis con aplastamiento vertebral, artrosis y osteoartritis. Estos coinciden con una puntuación de TL mayor. Por el contrario, en el lado opuesto con menor dolor en la EVA se encuentra el sexo masculino con edades menores de 55 años y padecen de lumbalgia, dolor visceral e isquémico y tienen una mejor ECS y menor puntuación TL.

### Calidad de vida y perfil del paciente

La Tabla IV muestra las puntuaciones basales de los dos índices de calidad de vida (física y mental) en función de las diferentes características de los pacientes estudiados.

El resultado que obtenemos son unas puntuaciones de calidad de vida muy bajas y por debajo de lo que podríamos considerar valor medio (50 puntos). Los pacientes tienen peores puntuaciones en el índice de calidad de vida referente al estado físico que en el estado de salud psíquico o mental.

Para el sexo, no encontramos diferencias entre el estado de salud física entre hombres y mujeres, mientras que sí que aparecen en el índice de salud mental. Los hombres presentaron un mejor estado psíquico que las mujeres.

La edad y el índice de masa corporal (IMC) presentan un patrón contrario al sexo. Los pacientes con normopeso presentaron unas mejores puntuaciones en la calidad de vida física que los obesos. Por el contrario no se encuentran diferencias en la percepción de calidad de vida en la esfera mental entre los rangos de edad ni en cuanto al grado de sobrepeso presente.

El nivel de estudios mostró una relación directa con el nivel de calidad de vida en ambos dominios. A mayor grado de estudios mayor nivel de calidad de vida, tanto en el dominio físico como en el psicológico.

La limitación de la actividad física influye directamente sobre la calidad de vida, esto se aprecia por que se han obtenido unas puntuaciones más bajas en el índice de salud física, y una peor percepción en el índice mental.

Como dato curioso, los pacientes que declararon consumir alcohol presentaron un mayor índice de salud mental que los no consumidores y un grado de

**TABLA IV.** PUNTUACIONES OBTENIDAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

<i>Calidad de vida</i>	<i>Física</i>	<i>Mental</i>
<i>Global</i>	31,23 ± 7,42	45,41 ± 10,10
<i>Sexo</i>		
Hombre	31,64 ± 8,31	47,56 ± 10,19
Mujer	30,99 ± 6,96	44,40 ± 9,88
<i>Edad</i>		
Edad ≤ 50 años	32,10 ± 7,66	45,22 ± 10,32
50 < edad ≤ 70 años	30,71 ± 7,06	45,48 ± 10,06
Edad > 70 años	30,53 ± 7,80	45,70 ± 9,71
<i>IMC</i>		
Normopeso	32,64 ± 8,20	45,82 ± 10,48
Sobrepeso	31,64 ± 7,22	45,62 ± 10,02
Obesidad	29,27 ± 6,19	45,04 ± 9,84
<i>Ámbito del paciente</i>		
Rural	32,37 ± 8,03	45,63 ± 9,66
Intermedio	31,29 ± 6,60	43,54 ± 9,98
Urbano	31,12 ± 7,47	45,69 ± 10,19
<i>Ocupación laboral</i>		
Activo	33,53 ± 7,93	46,57 ± 10,03
Invalidez transitoria	30,45 ± 7,04	43,86 ± 10,79
Invalidez total	30,04 ± 7,64	44,89 ± 9,95
<i>Nivel de estudios</i>		
Sin estudios	29,71 ± 6,33	44,05 ± 9,90
Primarios	30,97 ± 7,12	44,97 ± 10,03
Secundarios	32,81 ± 8,52	47,62 ± 9,83
Superiores	33,74 ± 8,71	47,63 ± 11,19
<i>Entorno familiar</i>		
Vive solo	33,06 ± 9,42	43,37 ± 11,05
Vive en familia	31,12 ± 7,26	45,52 ± 10,04
Institucionalizado	28,84 ± 6,26	45,18 ± 9,26
<i>Grado de actividad</i>		
Normal	36,59 ± 8,25	46,11 ± 9,85
Parcialmente limitada	31,06 ± 6,65	45,73 ± 10,06
Limitada	28,11 ± 6,34	44,86 ± 10,45
Impedido	29,47 ± 6,80	39,65 ± 6,59

Índices mental y físico en función de las características basales de los pacientes incluidos en el estudio. Los valores están expresados en media más desviación estándar.

IMC = Índice de masa corporal.

salud física similar. No se encontraron diferencias en cuanto a calidad de vida y consumo de tabaco. Los pacientes que estaban pendientes de litigación, para obtener compensación económica por causa de su dolor, mostraron una peor percepción de su calidad de vida en la esfera psíquica y unos índices de salud físicos similares.

### Caracterización del dolor y calidad de vida

La Tabla V muestra de forma conjunta las puntuaciones de los índices de calidad de vida y TL, en función del trastorno origen del dolor crónico no oncológico.

**TABLA V. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE TRASTORNO QUE CAUSA EL DOLOR**

	Salud física	Salud mental	Lattinen
Osteoartritis	30,72 ± 7,26	45,75 ± 10,09	12,09 ± 2,56
Artrosis	29,85 ± 6,74	45,30 ± 10,00	12,29 ± 2,46
Lumbalgia	30,95 ± 7,22	45,84 ± 10,24	11,83 ± 2,62
Osteoporosis*	29,68 ± 7,08	41,55 ± 8,98	13,49 ± 2,54
Dolor visceral	39,97 ± 7,27	39,61 ± 7,09	11,45 ± 1,92
Dolor isquémico	26,80 ± 5,50	42,55 ± 8,67	13,85 ± 3,31
Otros	32,65 ± 7,73	44,45 ± 10,13	12,42 ± 2,90

Valores expresados en media y desviación estándar.

\*Con aplastamiento vertebral

Los pacientes que registran una puntuación más elevada en el estado de salud físico son los que padecen de dolor visceral, mientras que los presentaron una puntuación más reducida y, en consecuencia, peor calidad de vida son los pacientes que padecían dolor de tipo isquémico. De igual forma podemos observar que estas son las patologías que presentaron una puntuación del TL menor y mayor respectivamente.

Respecto a la esfera psicológica, los pacientes que presentaron una puntuación más alta son los que padecen osteoartritis, artrosis y lumbalgia. Por el contrario, la peor puntuación en este índice la presentan los pacientes con dolor visceral y osteoporosis. Como en el caso anterior, estas últimas patologías son las que presentaron un Lattinen menor y mayor respectivamente.

Respecto al resultado obtenido del índice predictivo de salud física y mental:

El modelo de salud física resultante nos explica un 20% de la variabilidad de dicho índice. Las variables que mejor explican el estado de salud física son la intensidad del dolor EVA, TL, padecer artrosis y/o dolor visceral, tener una actividad física normal y normopeso. El TL y la EVA tiene una correlación negativa con el estado de salud física, por cada unidad que aumentan, este decrece en 0,5 unidades (manteniendo el resto de variables constantes).

La artrosis es un índice negativo. El paciente con artrosis, valorará su estado de salud física 1,4 unidades por debajo que el paciente que no la padece.

Por el contrario el dolor visceral, tener una actividad física y un peso normal tiene un efecto 'positivo', al parecer limita menos físicamente que otros. Los pacientes con exceso de peso han presentado peores puntuaciones en el índice de salud física.

La *esfera mental* de los pacientes se ve afectada por más variables que las analizadas en el estudio, de aquí el reducido porcentaje de variabilidad explicado por el modelo (9,6%). Para el TL es negativo, por cada unidad que aumenta la puntuación del test, el índice se reduce en 0,85 unidades. Respecto al sexo, los hombres obtienen un estado de salud mental superior en 3,12 unidades respecto a las mujeres participantes en el estudio. Del mismo modo, el padecer una invalidez y/o no tener estudios repercuten negativamente sobre las puntuaciones del estado de salud mental.

El resultado de clasificar a los pacientes del estudio en función de sus características basales comunes fue que se obtuvieron cuatro grupos: el grupo 1 que representa el 24,18% de los pacientes agrupa a los menores de 55 años que padecen osteoartritis y dolor de tipo "otros", sin que sus valores de EVA, TL y número de fármacos habituales se diferencien de la muestra global. El segundo grupo (23,28%) se encuentra formado por pacientes que padecen osteoartritis, artrosis y osteoporosis con aplastamiento. El 82,13% son mujeres y tienen edades superiores a 55 años. Presentan unos mayores valores de TL y EVA así como un mayor consumo de fármacos. El tercer grupo (23,85%) lo forman pacientes que padecen lumbalgia y artrosis, con edades entre 55 y 70 años y valores de intensidad de dolor que no difieren de la media. El cuarto grupo (28,69%) de los pacientes está constituido por pacientes con lumbalgia, jóvenes (el 66,5% tiene menos de 55 años), en su mayor parte hombres (56,7%) y con unos valores de TL menores y con menor consumo de fármacos habituales.

### DISCUSIÓN

Destacamos la elevada incidencia del dolor osteoarticular de causa inflamatoria y degenerativa, sobre todo en el sexo femenino. Estas apreciaciones ya han sido manifestadas por otros estudios epidemiológicos nacionales e internacionales (5,11,12). También coincidimos con estos en la frecuencia e importancia que representa la patología dolorosa crónica de la columna lumbar (1,7,13,14) y que en nuestro estudio superó la mitad de los casos (52,92%) y la asociación de un dolor radicular en un porcentaje elevado de las lumbalgias (67,33%) (15).

En nuestro país, el dolor osteoarticular es el que motivó más frecuentemente la consulta para la población general (16,17). Coincidimos con los resultados de otros estudios epidemiológicos nacionales respecto a la prevalencia de la patología dolorosa lumbar de causas inflamatoria o mecánica (1,8,13). Esta representó en nuestro estudio más de la mitad de los diagnósticos de dolor crónico no oncológico no neuropático.

El sexo femenino, la edad y la osteoporosis seguida de la osteoartritis, están asociadas a una mayor intensidad del dolor en este estudio. Resaltamos que el dolor visceral e isquémico son patologías con una incidencia menor respecto al osteoarticular en la población estudiada pero tienen un impacto importante sobre la calidad de vida.

No se ha podido contrastar la significación de la diferencia entre patologías dolorosas porque se trata de una tabla multirrespuesta, donde los pacientes pueden padecer más de un tipo de dolor simultáneamente.

En estudios epidemiológicos se ha visto que la prevalencia de la artrosis se correlaciona con la edad, con una frecuencia creciente a partir de los 50 años y afectando más a mujeres que hombres (5). Los síntomas reumáticos aparecen en un 29,7% de la población estudiada en el *Health and Nutrition Examination Survey* y realizado en EE.UU. sobre más de 20.000 pacientes incrementándose en pacientes de edad, sexo femenino, poder adquisitivo más bajo y menor nivel educativo (5). En nuestro medio también está relacionado con el sexo femenino, la edad y factores socioculturales (9,10,18).

Destacamos el consumo predominante de fármacos no relacionados con el dolor del área cardiovascular en la población estudiada que ya ha sido reseñado en otros estudios sobre población con patología crónica (18,19).

En el perfil global de los pacientes se distinguen dos grupos bien diferenciados: el grupo de mujeres y el de hombres. Las mujeres son significativamente mayores que los hombres y se caracterizan por tener menos estudios, no consumir tabaco ni alcohol. Las patologías que presentan son artrosis, osteoporosis con aplastamiento y osteoartritis. En nuestro estudio las mujeres de mayor edad son las que tienen más dolor y peor ECS y por tanto consumen más fármacos.

Dentro de la afectación lumbar existe un grupo de lumbalgia que afecta a hombres jóvenes, sin sobrepeso, con un nivel de estudios superior.

En el mejor estado de salud física están representados a los pacientes con menos de 55 años y que

disfrutaban de un peso normal y padecen dolor visceral.

En la población incluida en el estudio ITACA el dolor crónico no oncológico tiene una marcada repercusión en la calidad de vida tanto física como psíquica.

Los indicadores predictivos de salud física y mental de la calidad de vida obtenidos están en relación con el sexo (femenino negativo, masculino positivo), peso (sobrepeso negativo, peso normal positivo), edad (joven positivo) localización y tipo de dolor (artrosis negativo, dolor visceral positivo). Las puntuaciones elevadas del TL es un índice negativo. Sobre estos resultados pueden actuar otras variables que posiblemente no hayan sido estudiadas (antecedentes familiares, situación personal y momentánea de cada sujeto, etc.) y por tanto deben tomarse como modelos explicativos, independientemente del % de la variabilidad obtenida.

Curiosamente los pacientes consumidores de bebidas alcohólicas tienen un índice de salud mental mejor que los no consumidores.

Como propuesta de futuro en el tratamiento de estos pacientes con dolor crónico y en particular en el no oncológico no neuropático, deberían orientarse estrategias de atención especial. Estas deben estar dirigidas a la población femenina de edad, con patología articular osteodegenerativa, por ser un grupo numeroso con afectación predominante en cuanto a calidad de vida del componente psíquico sobre el físico y que está asociado a un dolor intenso.

En estas pacientes se asocian otros factores poco favorecedores que están asociados con la edad superior a 70 años, patología cardiovascular, osteoporosis, sobrepeso, nivel cultural, etc. Hemos de tener en cuenta que los resultados obtenidos pueden estar influenciados por otras variables no contempladas en el estudio.

## AGRADECIMIENTOS

A los investigadores participantes en el estudio ITACA: M<sup>a</sup> Soledad Acedo Gutiérrez, Rosa María Albores Albores, Jesús Alonso Castillo, Juan Carlos Álvarez López, Juan Luis Álvarez Martínez, Miguel Ansuategui Sánchez, Juan José Aren Frontera, Francisc Aroles Ferrer, Fernando Asensio Merino, Martín Avellan Calzadilla, Mercedes Ayuso Antolinos, Virginia Badorrey Fdez.-Pacheco, Antonio José Ballesteros Moreno, Enrique Barez Hernández, Enriqueta Barrera Álvarez, Susana Bella Romera, Javier Benito Martínez, Enrique Borrás Rubio, Lidia Buisan Ezpe-

leta, Carme Busquets Julia, Juan Caballero Callejas, Ana Callejo Orcasitas, José Ignacio Calvo Sáez, Alberto Camba Rodríguez, M<sup>a</sup> Ángeles Canos Bardecho, Juan Carlos Carballo Alfonso, José Javier Carceller Ruiz, Mercedes Carmona Midon, Joaquín Cartagena Sevilla, Miquel Casals Merchán, Pere Casanovas Catot, Matilde Castilforte Aparicio, Andrés Castro Méndez, Elena Català Puigbó, Germán Cerdá Olmedo, M<sup>a</sup> Jesús Chamorro Gundin, José Cid Calzada, Rosa Conca Álvarez, Diego Contreras de la Fuente, Carlos Corbacho Fabregat, Josep M<sup>a</sup> Corominas Barnadas, Alfonso Corregal Rañon, Antonio José Crespo García, Jesús Cuenca Peña, Javier de Andres Ares, José de Andres Ibáñez, Carlos de Barutell Farinos, José Luis de Córdoba Benedicto, Alejandro de Luis Lillo, Eva María de Paz Díaz, Vicente de Sanchis Briggs, José Antonio de Vera Reyes, Fernando Domingo Sánchez, Ana María Dora, Pere Esquiú Jofre, Pere Estivill Rodríguez, Jesús Estrada Fernández, Pedro Fenollosa, Rosa María Fernández García, Teresa Fernández Rodríguez, Inmaculada Fernández Zuazu, M<sup>a</sup> Dolores Ferrer García, Julia M. Ferreras Zamora, Mercedes Fontanet Udaeta, M<sup>a</sup> Luisa Franco Gay, José Fuentes Bellido, Rafael Gálvez Mateos, Álvaro Gándara del Castillo, Juan Antonio García García, Elena García Higuera, Emilio García Ortega, Vega García Santana, Luis García-Cuenca Ariati, M<sup>a</sup> Natividad Garzón Vázquez, Manuel Gil Fernández, José Antonio Giron Mombiela, Ricardo González Durán, Francisco González Martín-Rore, José Ramón González-Escalada Castellón, Ruiz Gracia, Adolfo Gracia Gasca, José Guerrero Chinchilla, Jordi Guitart Vela, José María Hernández García, Miguel Angel Herrero Gracia, Joaquín Insausti Valdivia, Fco. Javier Linares del Río, M<sup>a</sup> Dolores López Alarcón, Ana Esther López Pérez, Lluís Lorente Caparros, Javier Mailan Bello, Juan Antonio Mani Ibáñez, Armando Manzanos Luna, César Margarit Ferri, Carmen Martín Pardo, Reyes Martín Walls, Fco. Javier Martínez García, Matías Mediero Encinas, Ingrid Moller Parera, Antonio Montero Matamala, Antonio Montes Pérez, Luis Alfonso Moreno Cuartas, Romana Mosckienwicz, Francisco Muñoz Blanco, Fernando Neira Reina, Consuelo Nieto Iglesias, José Enrique Núñez Pérez, Clemente Muriel Villoria, Lluís Opisso Julia, Pedro Miguel Ortells Nebot, Vicente Ortiz Pereda, Anna Padrol Munte, Manuel Palomeque Castro, Concepción Pardillos Calatayud, Salvador Pastor Jimeno, Dolors Pelegri Isanta, Concepción Pérez Hernández, Carmen Pérez Torrado, Alfredo Perucho González, José Joaquín Pichardo Carballo, Francisco Pintado Otero, M<sup>a</sup> Carmen Porrás Muñoz, M<sup>a</sup> del Pilar Prieto Álvarez, Ave-

lina Puente Navazo, Quevedo, Susana Rasal Miguel, Pilar Rebotó Cortés, M<sup>a</sup> Victoria Ribera Canudas, Hermann Ribera Leclero, Mercè Riera Arago, M<sup>a</sup> Dolores Rodrigo Royo, M<sup>a</sup> Jesús Rodríguez Dinten, José Luis Rodríguez Hernández, Fernando Rodríguez Huertas, Manuel Jesús Rodríguez López, Ricardo Ruiz López, Luisa María Ruiz Nieto, María Rull Bartomeu, Josep Sala Paya, Rafael Salazar Velino, Carlos Salazar Zamorano, Daniel Samper Bernal, Santana, Luis Sante Serna, M<sup>a</sup> Rosa Santillán Fernández, Juan Santos Lamas, Pedro Santos Sogo, José María Sanz Sánchez, Luis Eugenio Sarmiento Menezes, Javier Saz de La Torre, Milagros Segura Peche, Josep M<sup>a</sup> Serra Casayas, Ramon Sierra Corcoles, M<sup>a</sup> Jose Simón Solano, Mauro Sinche Yupanqui, Jorge Luis Sobrino Ramallo, Josep Antoni Soler Rius, M<sup>a</sup> Rosario Sulleiro Carnero, José Manuel Ternero Muñoz, Albert Tomás Torrelles, Estrella Uriarte Brizuela, Juan Manuel Vaca Miguel, Juan Carlos Valia Vera, Francisco Vara Hernando, M<sup>a</sup> Luz Vázquez Barreiro, Lorenza Vicente Fatela, Javier Vidal Fuentes, Rosa María Vidal Sicart, Miquel Vila Senante, Jordi Vilarasau Farré.

CORRESPONDENCIA:

Miquel Casals Merchán  
Fundació Sanitària d'Igualada  
P<sup>o</sup> Verdaguer, 128  
08700 Igualada, Barcelona  
Telf.: 93 805 80 00  
Fax: 93 803 69 15  
e-mail: mcasals@fsi.scs.es

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Català E, Reig E, Artes M, et al. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002; 6: 133-40.
2. Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker JJ, et al. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998; 77: 231-9.
3. Baños JE, Bosch F. Conceptos generales en algología. Tratamiento del Dolor Teoría y Práctica. 2<sup>a</sup> ed. En: Aliaga L, Baños JE, de Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A. Barcelona: Publicaciones Permanyer, 2002. p. 5.
4. Anónimo. Reumato's 90. Estudio socio sanitario sobre las enfermedades reumáticas en España. Madrid: Publicaciones Pfizer, 1992.
5. Paulino Tevar J, Miranda Gallardo MD, Cuadra Díaz JL. Epidemiología y morbilidad de la artrosis. *Dolor* 1999; 14: 77-81.

6. Smith BH, Elliot AM, Chambers WA, et al. The impact of chronic pain in the community. *Family Pract* 2001; 18: 292-9.
7. González MA, Condón MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 491-2.
8. Bassols Farrés A, Bosch Llonch F, Eladi Baños J. Epidemiología del dolor en la población general. *Dolor* 2000; 15: 149-58.
9. Banegas JR, Ruilope LM. Epidemia de enfermedades metabólicas. Una llamada de atención. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 99-100.
10. Pinals RS. Mechanisms of joint destruction, pain and disability in osteoarthritis. *Drugs* 1996; 52 (Supl. 3): 14-2.
11. Reig E. Tramadol in musculoskeletal pain: a survey. *Clin Reumatol* 2002 (Supl. 1); S9,11,S 11-2.
12. Bosch F, Toranzo I, Baños JE. A survey of pain complaints and treatment by general practitioners in the Spanish public health organization. *Clin J Pain* 1990; 6: 206-11.
13. Cossman M, Wilsman KM. Effect and side effects of tramadol: an open phase IV study with 7198 patients. *Therapiewoche* 1987; 37: 3475-85.
14. Ministerio de Sanidad y consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1995. Madrid, 1996.
15. Raber M, Hofmann S, Junge K, Momberger H, Kuhn D. Eficacia analgésica y tolerabilidad de tramadol 100 mg en capsulas de liberación retardada en pacientes con dolor lumbar crónico de moderado a intenso. *Clin Drug Invest* 1999; 6: 417-24.
16. Pernia JV, Sánchez RM. Epidemiología del dolor. *Dolor* 1994; 9: 67-70
17. Carrasco de la Peña JL, Moreno A, Reig E. Estudio de utilidad terapéutica y calidad de vida en pacientes con dolor moderado-severo tratados con tramadol. Informe CIBEST. Centro de Investigación y Bioestadística, 1997.
18. Pedrera Zamorano JD, Canal Macias ML, Lavado García JM, et al. Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: Consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. *Rev Esp Salud Publica* 1999; 73: 677-86.
19. Esteban S. Tratar el dolor del anciano en unidades de dolor. *Dolor* 2002; 17: 213-22.