



Estudio transversal sobre factores relacionados con el dolor crónico y su atención, según sexo

Cross-sectional study on factors related to chronic pain and its care, according to sex

A. Garzón Sánchez¹, M. Á. Rodríguez Arenas², J. C. Garzón Sánchez³, R. S. Díaz García¹, F. J. Sánchez Montero³ y N. Fresneña López¹

¹Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España. ²Escuela Nacional de Sanidad-Instituto Carlos III. Madrid, España. ³Unidad del Dolor. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, España

RESUMEN

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de las personas con dolor crónico no oncológico, según sexo.

Pacientes y método: Estudio transversal en la Unidad del Dolor del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca entre marzo y septiembre de 2020. Se realizó un muestreo consecutivo, obteniendo 105 pacientes. Los datos se extrajeron de las historias clínicas (HHCC) para las variables clínicas y un cuestionario realizado *ad hoc* para las variables demográficas y socioeconómicas. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, según sexo.

Resultados: La mayoría de los pacientes con dolor crónico son mujeres (61,9 %) de 56 años, españolas, con residencia en Salamanca y con pareja. Su nivel de estudios es medio/bajo y están en situación de desempleo ($p = 0,007$). No son las principales proveedoras económicas del núcleo familiar ($p < 0,00$) y sus ingresos son inferiores a 950 euros al mes ($p = 0,001$). Poseen vivienda y conviven con otras personas. Su principal actividad son labores domésticas o de cuidados ($p = 0,008$). Padecen dolor musculoesquelético secundario crónico asociado a alteraciones estructurales, con lumbalgia crónica inespecífica como el diagnóstico más frecuente. Tienen más patologías concomitantes que los hombres, siendo la HTA la más frecuente, y los trastornos psiquiátricos más prevalentes en ellas. Están tratadas con analgésicos y bloqueos de nervios periféricos, respondiendo favorablemente.

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic, clinical and therapeutic characteristics of people with chronic non-oncologic pain, according to sex.

Patients and method: Cross-sectional study in the Pain Unit of the Complejo Asistencial Universitario de Salamanca between March and September 2020. Consecutive sampling was performed, obtaining 105 patients. Data were extracted from the medical records (HHCC) for clinical variables and an *ad hoc* questionnaire for demographic and socioeconomic variables. A descriptive analysis of the variables was performed according to sex.

Results: Most of the patients with chronic pain were women (61.9 %) aged 56 years, Spanish, living in Salamanca and with a partner. Their level of education is medium/low and they are unemployed ($p = 0.007$). They are not the main economic providers of the family nucleus ($p < 0.00$) and their income is less than 950 euros per month ($p = 0.001$). They own a house and live with other people. Their main activity is domestic or care work ($p = 0.008$). They suffer from chronic secondary musculoskeletal pain associated with structural alterations, with non-specific chronic low back pain as the most frequent diagnosis. They have more concomitant pathologies than men, with HT being the most frequent, and psychiatric disorders more prevalent in them. They are treated with analgesics and peripheral nerve blocks, responding favorably.

Conclusión: Identificar la mayor frecuencia de mujeres, con su contexto sociodemográfico y clínico específico, refleja la necesidad de abordar el sexo y los roles de género, y así tenerlos en cuenta a la hora de evaluar cómo influyen ambos en la vivencia del dolor crónico y de cómo llevar a cabo la asistencia y el manejo de nuestros pacientes.

Palabras clave: Dolor crónico, sexo, género, determinantes socioeconómicos.

Conclusion: Identifying the higher frequency of women, with their specific sociodemographic and clinical context, reflects the need to address sex and gender roles and thus take them into account when assessing how both influence the experience of chronic pain and how to carry out the care and management of our patients.

Key words: Chronic pain, sex, gender, socioeconomic determinants.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico supone un gran problema de salud pública y una importante carga de enfermedad. Su impacto no se reduce únicamente a la fisiopatología del dolor, sino también a la calidad de vida de quienes lo padecen, tanto a nivel social como económico y laboral.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) define el dolor crónico como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en función de tal daño, que dura o se repite por espacio de más de 3 meses” [1]. Esta versión diferencia el dolor en dos entidades: dolor crónico primario (alteración funcional o estrés emocional no explicable por otra causa) planteándolo así, como una enfermedad en sí misma; y el secundario, donde es un síntoma de una condición clínica subyacente [2,3].

La falta de entidad propia del dolor crónico ha dificultado su clasificación y, con ello, una valoración más adecuada del impacto de este problema de salud universal [3].

La prevalencia mundial de dolor crónico es muy heterogénea y existen pocos estudios que estimen una cifra. Por el contrario, el primer metanálisis que ha estudiado este aspecto en países en desarrollo estima una prevalencia de un 32 % [4].

En 2006, Breivik y cols. estimaron la prevalencia en Europa donde, aun encontrando diferencias entre países, el 19 % había sufrido dolor moderado-intenso en los 6 meses previos, con afectación importante de su calidad de vida social y laboral [5].

En España, la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2017 refleja que aproximadamente 1 de cada 10 hombres y 1 de cada 5 mujeres tienen diagnóstico de dolor crónico cervical; y 1 de cada 7 hombres y 1 de cada 5 mujeres están diagnosticados de dolor crónico lumbar [6]. Proporciones que se mantienen en la encuesta de Catalá y cols., en la que la prevalencia de dolor crónico en la población general española fue de un 23,4 % [7].

Según la ENSE, el 60 % de los hombres y el 68 % de las mujeres mayores de 15 años tienen algún problema de salud crónico percibido, aumentando con la edad y siendo superiores en las mujeres para todos los grupos de edad. Estos problemas de salud son diferentes según sexo: dolor de espalda crónico lumbar y el dolor

de espalda crónico cervical, en mujeres; y el dolor de espalda crónico lumbar, en hombres [6].

Distintas revisiones de la literatura y estudios epidemiológicos publicados reflejan la influencia del sexo y el género en la percepción y vivencia de los trastornos del dolor. En muchos de ellos se demuestra que las mujeres tienen más riesgo de sufrir dolor crónico, a veces más grave y de más intensidad que los hombres. En ellas se ha descrito un menor umbral, menor tolerancia y diferente sensibilidad al dolor, así como distintas respuestas a los tratamientos, además de las posibles comorbilidades y la influencia de factores biopsicosociales que impactan de manera distinta entre hombres y mujeres [8-13].

El dolor crónico es un padecimiento importante, muchas veces infradiagnosticado, que invalida y deteriora la calidad de vida de las personas, y aunque esté reconocido como una de las principales causas de años de vida con discapacidad a nivel mundial [14], aún no se conoce por qué unas personas lo sufren más que otras, no se sabe por qué las mujeres lo padecen más que los hombres, en ocasiones con más intensidad [15], y no se poseen instrumentos eficaces para medirlo ni tampoco se dispone de todas las herramientas terapéuticas necesarias para controlarlo y reducirlo eficazmente [16].

A pesar de que en los últimos años se ha avanzado en el conocimiento del dolor como enfermedad en sí misma, aún no se obtienen resultados satisfactorios para los pacientes. Por eso, definir el perfil de paciente, a nivel de la Unidad del Dolor, es clave para dar soluciones más personalizadas, de la manera más ajustada posible, para así tener un perfil lo más objetivo posible del tipo de paciente que se atiende y el contexto que influye en su diagnóstico y tratamiento del dolor.

El objetivo de este estudio es describir las características sociodemográficas y clínicas de las personas con dolor crónico no oncológico, atendidas en la Unidad de Dolor Crónico del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA), según sexo.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal sobre las características de los pacientes con diagnóstico de dolor crónico

y la atención sanitaria que estos reciben en la Unidad del Dolor del CAUSA, por sexo.

La población de estudio fueron las personas atendidas en la Unidad que acudieron a consulta a principios de marzo y durante los meses de junio a septiembre de 2020. Esta interrupción se debió a la pandemia de COVID-19, que paralizó la actividad asistencial desde mediados de marzo al mes de junio, dejándola muy reducida posteriormente.

Los participantes fueron seleccionados por el equipo médico de la Unidad del Dolor entre los diagnosticados de dolor crónico no oncológico y que aceptaron participar y dieron su autorización mediante la firma del consentimiento informado.

Nuestras fuentes de datos fueron las historias clínicas (HHCC) y un cuestionario elaborado *ad hoc* para extraer variables sociodemográficas y relacionadas con el género que no son recogidas habitualmente en las historias. Para elaborar el cuestionario se usaron como modelo algunos de los indicadores propuestos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su *Guía Indicadores básicos para análisis de la equidad de género en salud* [17] y los propuestos en la *Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud* de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) [18].

Una vez recogidos los datos de las HHCC y de los cuestionarios, se trasladaron a una base de datos en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.0 (IBM, Armonk, New York, EE. UU.).

Los criterios de inclusión fueron: pacientes atendidos en la Unidad con algún tipo de diagnóstico incluido en las categorías: dolor crónico primario (MG30.0), dolor crónico postquirúrgico o postraumático (MG30.2), dolor musculoesquelético secundario crónico (MG30.3), dolor visceral secundario crónico (MG30.4) y dolor neuropático crónico (MG30.5), y que aceptaran participar y realizar el cuestionario.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con diagnóstico de: dolor crónico por cáncer (MG30.1) o cefalea o dolor bucofacial secundario crónico (MG30.6), y pacientes que no dieron su consentimiento a participar.

Las variables recogidas en el cuestionario fueron: demográficas (sexo, fecha de nacimiento, país de nacimiento y nacionalidad, estado civil, lugar de residencia), socioeconómicas (nivel de estudios, situación laboral, tipo de contrato (si activo), ocupación, persona con mayor aportación económica del núcleo familiar, nivel de ingresos propios, tipo de vivienda, convivencia, número de personas a cargo, principal uso del tiempo libre y frecuencia de reunión con amistades o asociaciones) y clínicas (diagnóstico principal, comorbilidades relevantes, tratamientos actuales y previos para el dolor).

Todos los datos obtenidos se manejaron de forma anónima para salvaguardar la confidencialidad.

Tipo de muestreo y tamaño muestral

Inicialmente se planteó calcular el tamaño muestral en base al número de pacientes acuden a consulta a lo largo del año. No obstante, la inexistencia de HHCC electrónicas lo hizo imposible, por lo que se decidió recoger sistemáticamente a quienes acudieran durante un tiempo determinado.

Se planeó incluir a todas las personas atendidas entre marzo y abril de 2020, que cumplieran criterios, lo que fue imposible por la pandemia, ya que el número de pacientes y la frecuencia de visitas se vieron alterados, reduciéndose sensiblemente.

Así, finalmente se recurrió a un muestreo consecutivo de conveniencia durante la primera quincena de marzo y de principios de junio a mediados de septiembre. El número total de pacientes captados para el estudio fue 105.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas, socioeconómicas y clínicas: frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas; y medias y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (RIC) para variables cuantitativas, por sexo.

Se analizaron los factores relacionados con el diagnóstico de dolor, según sexo, mediante los estadísticos Chi-cuadrado o test exacto de Fisher para las variables cualitativas y t-Student o test de Wilcoxon para las variables cuantitativas. Se consideró como nivel de significación un p valor $< 0,05$.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.0 (IBM, Armonk, New York, EE. UU.).

RESULTADOS

Se incluyeron 105 pacientes, 65 mujeres (61,9 %) y 40 hombres (38,1 %). La media de edad fue de 54,9 años. Más de la mitad de los hombres tenían entre 35 y 54 años, mientras que casi el 50 % de las mujeres estaban entre los 55 y 74 años. La mayoría eran españoles y residían en Salamanca. El 71 % tenía pareja, el 22 % nunca se casó o se había separado o divorciado y el 7 % restante eran mujeres viudas ($p = 0,048$) (Tabla I).

Un tercio poseía un nivel de estudios bajo, algo más frecuente entre las mujeres (38,5 % de mujeres vs. 27,5 % de hombres). Más de la mitad de la muestra alcanzaba un nivel medio, más en los hombres. El nivel de estudios alto lo alcanzaba un 14,3 %, sin diferencias por sexo (Tabla II).

La población laboralmente activa suponía un tercio del total, con proporciones similares de hombres y mujeres. Sin embargo, los parados eran mayoritariamente mujeres y el grupo de jubilados eran fundamentalmente hombres ($p = 0,007$). De las personas en activo, la mayoría trabajaban a tiempo completo. Los trabajos a tiempo parcial o por horas suponían un 13 % en los hombres y un 25 % en mujeres, sin diferencias significativas (Tabla II).

El 28 % de las mujeres tenía ingresos de ≤ 500 euros mensuales, algo que ocurría solo al 5 % de los hombres; de hecho, el 75 % de las mujeres tenía ingresos por debajo del salario mínimo interprofesional (SMI = 950 €), mientras que el 58 % de los hombres estaba por encima ($p = 0,001$). Las mujeres no solían ser las principales proveedoras económicas del núcleo familiar, algo que ocurría solo en el 33,85 % de los casos, frente al 72,5 % entre los hombres ($p = 0,000$).

TABLA I
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE DOLOR CRÓNICO,
SEGÚN SEXO. CAUSA*, 2020 (N = 105)

	Hombres (n = 40)	Mujeres (n = 65)	p valor
	n (%)	n (%)	
Edad (Media (DE)**	53 (12,9)	56 (15,2)	0,309
Grupos de edad			0,270
Hasta 34 años	2 (5,0)	6 (9,2)	
De 35 a 44 años	8 (20,0)	12 (18,5)	
De 45 a 54 años	13 (32,5)	9 (13,9)	
De 55 a 64 años	7 (17,5)	19 (29,2)	
De 65 a 74 años	7 (17,5)	12 (18,5)	
Más de 75 años	3 (7,5)	7 (10,8)	
País de nacimiento			0,423
España	36 (90,0)	62 (95,4)	
Otro	4 (10,0)	3 (4,6)	
Lugar de residencia			0,371
Salamanca (capital)	19 (47,5)	31 (47,7)	
Otro municipio de Salamanca	17 (42,5)	28 (43,1)	
Otra capital de provincia	1 (2,5)	5 (7,7)	
Otro municipio de otra provincia	3 (7,5)	1 (1,5)	
Estado civil	n = 38	n = 62	0,048
Con pareja	27 (71,0)	44 (71,0)	
Sin pareja	11 (29,0)	11 (17,7)	
Viudo/a	0 (0)	7 (11,3)	

*CAUSA: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ** DE: desviación estándar.

En ambos sexos lo más frecuente era poseer vivienda, aunque casi 1 de cada 4 mujeres residía en una vivienda familiar, frente a solo un 5 % de los hombres ($p = 0,048$). Tres de cada cuatro personas convivían con su pareja y/o su descendencia. Se encontraron diferencias significativas ($p = 0,013$) en cuanto al número de personas a cargo, siendo los hombres quienes más personas tenían a su cargo (Tabla II).

El 63 % de las mujeres se dedicaba a tareas domésticas y de cuidados, frente al 32,5 % de los hombres, que en un 40 % empleaban su tiempo fuera del trabajo en ocio, frente al 25 % de las mujeres. El tiempo libre también era utilizado para hacer deporte o ejercicio físico por el 27,5 % de los hombres y el 12 % de las mujeres ($p = 0,008$) (Tabla II).

El 100 % se sentían bien atendidos en la consulta de la Unidad. Solo 6 participantes echaban en falta algún aspecto importante: en cuanto al tratamiento del dolor y a aspectos emocionales (Tabla III).

El diagnóstico más frecuente en ambos sexos fue el código MG30.31: "Dolor musculoesquelético secundario crónico asociado a alteraciones estructurales". En cuanto a grupos principales, el 40 % de los hombres y

el 55,4 % de las mujeres era dolor secundario crónico (Tabla IV).

Las afecciones más comunes fueron la lumbalgia crónica inespecífica en mujeres (23,1 %) y el síndrome postlaminectomía o síndrome de cirugía fallida de espalda en hombres (27,5 %). En las mujeres hubo más variedad de patologías que en los hombres (20 vs. 13) (Tabla V).

El 60 % de los pacientes tenía al menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes en los hombres la hipertensión arterial (HTA), la dislipemia y el asma, mientras que en las mujeres la más frecuente fue la HTA, seguida de la dislipemia y el hipotiroidismo (Tabla V). En general, las comorbilidades fueron más habituales en las mujeres, observándose hasta en 67 ocasiones, frente a 28 en los hombres. Las comorbilidades relacionadas con la salud mental (ansiedad, depresión y síndrome ansioso-depresivo) se mencionaron en 10 ocasiones entre mujeres y 1 en hombres (Tabla V).

Todos los participantes recibían en el momento del estudio algún tratamiento, siendo los más comunes en ambos sexos los analgésicos simples, como tratamien-

TABLA II
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE DOLOR CRÓNICO,
SEGÚN SEXO. CAUSA*, 2020 (N = 105)

	Hombres (n = 40)	Mujeres (n = 65)	p valor
	n (%)	n (%)	
Nivel de estudios			
Bajo	11 (27,5)	25 (38,5)	0,380
Medio	24 (60,0)	30 (46,1)	
Alto	5 (12,5)	10 (15,4)	
Situación laboral			
En activo	15 (37,5)	23 (35,4)	0,007
Paro/sin trabajo	5 (12,5)	25 (38,5)	
Jubilación	20 (50)	17 (26,2)	
Tipo de contrato (para las personas en activo)	n = 15	n = 20	
Tiempo completo	13 (86,7)	15 (75,0)	0,393
Tiempo parcial/Por horas	2 (13,3)	5 (25,0)	
Ingresos propios mensuales	n = 38	n = 64	
De 0 a 500 €	2 (5,3)	18 (28,1)	0,001
Entre 501 y 950 €	14 (36,8)	30 (46,9)	
Más de 950 €	22 (57,9)	16 (25,0)	
Persona con mayor aportación económica			
Usted	29 (72,5)	22 (33,8)	0,000
Otras	11 (27,5)	43 (66,2)	
Vivienda			
Propia	31 (77,5)	42 (64,6)	0,048
Familiar	2 (5,0)	15 (23,1)	
En alquiler	7 (17,5)	8 (12,3)	
Convivencia			
A solas	5 (12,5)	8 (12,3)	0,962
Con pareja y/o hijos/as	30 (75)	50 (76,9)	
Con familiares u otros	5 (12,5)	7 (10,8)	
Número de personas a su cargo	n = 36	n = 49	
Ninguna	6 (16,7)	20 (40,8)	0,013
Una	12 (33,3)	18 (36,7)	
Dos o más	18 (50)	11 (22,5)	
Principal uso del tiempo libre			
Cuidados, doméstico	13 (32,5)	41 (63,1)	0,008
Deporte/Ejercicio físico	11 (27,5)	8 (12,3)	
Recreación/otros	16 (40)	16 (24,6)	
Frecuencia de reunión con amistades, asociaciones...			
Menos de una vez al mes	9 (22,5)	12 (18,5)	0,863
Una o más veces al mes	13 (32,5)	21 (32,3)	
Una o más veces a la semana	18 (45)	32 (49,2)	

*CAUSA: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

TABLA III
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA CONSULTA. CAUSA*, 2020 (N = 105)

	Hombres (n = 40)	Mujeres (n = 65)	p valor
	n (%)	n (%)	
¿Se siente bien atendido en la consulta?			
Sí	40 (100)	65 (100)	-
No	0 (0,0)	0 (0,0)	
Echa en falta algún aspecto de la atención recibida en cuanto a...	n = 3	n = 3	0,414
Tratamiento del dolor	2	1	
Aspectos emocionales	1	2	

*CAUSA: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

TABLA IV
DISTRIBUCIÓN DE LOS DIFERENTES DIAGNÓSTICOS SEGÚN CIE-11, SEGÚN SEXO. CAUSA*, 2020 (N = 105)

	Hombres (n = 40)	Mujeres (n = 65)	p valor
	n (%)	n (%)	
Clasificación CIE-11: grupos principales			0,072
MG30.0: dolor primario crónico	9 (22,5)	20 (30,8)	
MG30.2: dolor crónico postquirúrgico o postraumático	13 (32,5)	8 (12,3)	
MG30.3: dolor musculoesquelético secundario crónico	16 (40,0)	36 (55,4)	
MG30.4: dolor visceral secundario crónico	1 (2,5)	0 (0,0)	
MG30.5: dolor neuropático crónico	1 (2,5)	1 (1,5)	
Clasificación CIE-11: grupos por diagnósticos específicos			0,167
MG30.0: dolor primario crónico	1 (2,5)	4 (6,2)	
MG30.01: dolor generalizado crónico	0 (0,0)	1 (1,5)	
MG30.02: dolor musculoesquelético primario crónico	8 (20,0)	15 (23,1)	
MG30.21: dolor postquirúrgico crónico	13(32,5)	8 (12,3)	
MG30.30: dolor musculoesquelético secundario crónico por inflamación persistente	1 (2,5)	3 (4,6)	
MG30.31: dolor musculoesquelético secundario crónico asociado a alteraciones estructurales	15 (37,5)	30 (46,2)	
MG30.32: dolor musculoesquelético secundario crónico por enfermedad del sistema nervioso	0 (0,0)	3 (4,6)	
MG30.4Y: otro dolor visceral secundario crónico especificado	1 (2,5)	0 (0,0)	
MG30.50: dolor neuropático central crónico asociado con lesión de la médula espinal	1 (2,5)	0 (0,0)	
MG30.51: dolor neuropático periférico crónico	0 (0,0)	1 (1,5)	

*CAUSA: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 11.

to farmacológico y los bloqueos de nervios periféricos, como técnica intervencionista (Tabla VI). La presencia de múltiples tratamientos concomitantes se dio casi la mitad de los pacientes, ya que el 48,6 % estaba

con cuatro o más tratamientos. Esta situación se daba más en mujeres que en hombres (55,4 % vs. 37,5 %), sin ser una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,08$).

TABLA V
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE DOLOR CRÓNICO, SEGÚN SEXO.
CAUSA*, 2020 (N = 105)

	Hombres (n = 40)	Mujeres (n = 65)
	n (%)	n (%)
Diagnóstico principal		
Espondiloartrosis	3 (7,5)	6 (9,2)
Estenosis de canal lumbar	5 (12,5)	8 (12,3)
Gonartrosis	1 (2,5)	7 (10,8)
Hernia discal	4 (10,0)	2 (3,1)
Lumbalgia crónica inespecífica	8 (20,0)	15 (23,1)
Neuralgia postquirúrgica	2 (5,0)	2 (3,1)
Síndrome de dolor regional complejo tipo 1	1 (2,5)	4 (6,2)
Síndrome facetario	1 (2,5)	4 (6,2)
Síndrome hombro doloroso	1 (2,5)	2 (3,1)
Síndrome postlaminectomía	11 (27,5)	5 (7,7)
Otros	3 (7,5)	10 (15,4)
Comorbilidades		
Artritis reumatoide	1 (2,5)	3 (4,6)
Artrosis	2 (5,0)	2 (3,0)
Asma	5 (12,5)	3 (4,6)
Diabetes tipo 2	4 (10,0)	8 (12,3)
Dislipemia	5 (12,5)	12 (18,5)
Hipertensión arterial	9 (22,5)	19 (29,2)
Hipotiroidismo	1 (2,5)	12 (18,5)
Obesidad	1 (2,5)	1 (1,5)
Síndrome ansioso depresivo	1 (2,5)	6 (9,2)
Otros	0 (0,0)	11 (16,9)

La apreciación subjetiva del equipo de la Unidad ante la respuesta al tratamiento de los pacientes fue que la mayoría sí estaba respondiendo adecuadamente (Tabla VI).

DISCUSIÓN

La influencia del sexo en la prevalencia y vivencia del dolor ha sido estudiada por múltiples investigaciones en las últimas décadas.

Nuestros resultados nos han permitido comprobar, pese a la limitación de un tamaño muestral reducido, que la proporción de mujeres con diagnóstico de dolor crónico es mayor a la de hombres, como ya se observó en los estudios de Catalá y cols. [7] y el estudio ITACA [19], en los que se estimó la prevalencia de dolor crónico en la población española.

En relación con la edad, se sabe que existen pocas diferencias en edades previas a la adolescencia, pero

en la edad adulta la prevalencia de dolor va incrementando en las mujeres [16,20]. A partir de mediana edad y en edades avanzadas existe menos evidencia del papel del sexo y el género en la aparición y desarrollo del dolor [20]. En nuestra muestra, a medida que aumenta la edad va aumentando la cantidad de pacientes y los porcentajes se acumulan a distintas edades según sean hombres (35-54 años) o mujeres (55-74 años).

En la valoración de las características demográficas no encontramos diferencias estadísticamente significativas, a excepción del estado civil ($p = 0,048$), en el que la presencia de viudas mostró una tendencia a una posible relación entre dicha característica y sufrir dolor crónico, aunque se debería explorar con una muestra más amplia. En un estudio que comparaba las características del dolor osteomuscular en centros rurales vs. urbanos también se observó una mayor proporción de viudas frente a viudos (27,8 % vs. 9,3 %), siendo una diferencia estadísticamente significativa [21].

TABLA VI
TRATAMIENTOS Y TÉCNICAS TERAPÉUTICAS DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE DOLOR CRÓNICO,
SEGÚN SEXO. CAUSA*, 2020 (N = 105)

	Hombres (n = 40)	Mujeres (n = 65)	p valor
	n (%)	n (%)	
Tratamientos actuales			
Analgésicos simples (metamizol/paracetamol y AINE)	35 (87,5)	61 (93,8)	0,297
Opioides	25 (62,5)	39 (60,0)	0,799
Antidepresivos: ATC, IRSN, IRS	12 (30,0)	25 (38,5)	0,378
Benzodiazepinas	6 (15,0)	13 (20,0)	0,518
Antidepresivos y benzodiazepinas	14 (35,0)	32 (49,2)	0,154
Antiepilépticos	15 (37,5)	25 (38,5)	0,922
Bloqueo de nervios periféricos	18 (45,0)	33 (50,8)	0,566
Otras técnicas intervencionistas	12 (30,0)	19 (29,2)	0,933
Técnicas intervencionistas (global)	26 (65,0)	42 (64,6)	0,968
Otros tratamientos	2 (5,0)	13 (20,0)	0,033
Respuesta al tratamiento			
Sí	27 (67,5)	45 (69,2)	0,034
No	13 (32,5)	20 (30,8)	

El perfil socioeconómico de nuestra muestra (nivel de estudios medio/bajo, no activos laboralmente) también concuerda con lo obtenido en diferentes estudios como el ITACA [19] donde el dolor crónico musculoesquelético es más prevalente en los grupos con nivel sociocultural bajo, o los de Masedo y Camacho [22] y Cortiñas y cols. [23] en los que analizan la relación de los determinantes socioeconómicos con el dolor crónico.

Como tal, los factores demográficos no parecen influir directamente en el dolor crónico, pero sí que son relevantes tanto a nivel individual, al conocer el perfil de paciente, como de la población general, con grandes implicaciones a nivel de salud pública ya que nos aportan información de quienes pueden estar a riesgo de sufrirlo y poder así implantar las medidas pertinentes a grandes grupos definidos en base a dichos determinantes demográficos [24]. Sería interesante investigar qué hay detrás del dolor crónico en estos grupos, estudiando en profundidad la autonomía, los recursos personales y materiales (trabajo, vivienda, ingresos, cargas familiares, cuidados...); y la forma que tienen los pacientes y sus médicos de entender la salud/enfermedad, las vivencias y estados emocionales que acompañan al dolor crónico.

Según la revisión de Gallach y cols. [15], los factores psicosociales influyen en la vivencia del dolor y pueden generar diferencias entre hombres y mujeres [25]. Las mujeres suelen estar más expuestas al dolor y son más vulnerables a él por la propia razón del género [26]. Determinados factores sociales permiten que se perpetúen desigualdades y brechas de género; entre ellos, el hecho de que las mujeres, en su mayoría, desempeñan el rol de cuidadora además del profesio-

nal y doméstico, todos ellos simultáneamente, muchas veces sin el adecuado soporte familiar y con dificultades para su conciliación. Esto hemos podido comprobarlo en nuestra muestra, ya que el principal uso que daban las mujeres a su tiempo era para tareas domésticas o de cuidados, siendo estadísticamente significativo ($p = 0,008$). Además, los ingresos propios de las mujeres de nuestro estudio eran, en 3 de cada 4, menores al SMI ($p = 0,001$). Desde este punto de vista, en el que las mujeres tienen generalmente menos independencia económica, "retroalimenta" su rol de género como cuidadoras y encargadas de las tareas domésticas.

En relación con las características clínicas, estas también son concordantes con lo recogido en la literatura. La mayoría de los estudios reflejan como diagnóstico más común el dolor crónico de tipo musculoesquelético, más prevalente en mujeres [16] y generalmente de tipo lumbar, que tiende a cronificar más en ellas [10]. Aun así, todavía no se conoce realmente el porqué de esta predominancia del dolor musculoesquelético en mujeres, que generalmente se intenta explicar por tres razones: suelen estar más dispuestas a notificar su dolor, están más expuestas a posibles factores de riesgo y son más vulnerables que los hombres para desarrollarlo [27]. En cuanto a los hombres de nuestro estudio que padecen más frecuentemente dolor postoperatorio por cirugía fallida de espalda, la literatura aporta resultados contradictorios en relación con la cirugía ortopédica, aunque sí se ha comprobado que los hombres suelen sufrir más dolor postoperatorio en general, con mayores requerimientos de opioides para manejarlo [10].

La pluripatología de las mujeres de la muestra, con más comorbilidades, también es consistente con estu-

dios previos [15,20]. En este aspecto ha de tenerse en cuenta la edad de las mujeres, que normalmente pertenecen a grupos de mayor edad que los hombres, lo cual podría ser una de las razones por las que “conviven” con múltiples patologías simultáneamente. Aun así, sería interesante explorar posibles interacciones de dichas comorbilidades con el dolor crónico, su vivencia y la efectividad de los tratamientos para el manejo del dolor.

Enfocándonos en las patologías relacionadas con la salud mental, que en nuestro estudio aparecen más frecuentemente en las mujeres, es algo que también se ha reflejado previamente [5,10,20]. La relación del dolor crónico y la salud mental tiene mucho que ver con las estrategias de afrontamiento hacia este padecimiento. Esto, es uno de los aspectos que más se ha estudiado en relación con el género, ya que la manera que tienen mujeres y hombres de enfrentarse al dolor es totalmente distinta debido a los roles de género [10,16]. Las expectativas que se tienen sobre estos roles afectan directamente al dolor [20], a las personas que lo sufren y a quienes les atienden y tratan, ya que los estereotipos de género afectan a ambas partes.

Finalmente, respecto al tratamiento que reciben, el esquema general es similar en hombres y mujeres ya que lo más común, en ambos sexos, fue el uso de analgésicos simples, opioides y bloqueos de nervios periféricos. Esta igualdad en los tratamientos también fue observada por Leresche [16] que, al ajustar por la presencia de dolor crónico, el uso de analgésicos y opioides no mostró diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, una diferencia destacable es que las mujeres reciben, en mayor proporción respecto a los hombres, múltiples tratamientos concomitantes para su dolor (4 o más). A las mujeres se las trata con más medicación y más potente, pero porque además refieren dolor de mayor intensidad [16]. Esto también puede deberse a los sesgos de esfuerzo terapéutico, definidos como “la diferencia en el tratamiento de ambos sexos con un mismo diagnóstico clínico, que puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para su salud”, percibiéndose sobre todo en la prescripción en mujeres de mayor cantidad de fármacos psicotrópicos, lo que refleja la mayor prevalencia de psicopatologías como la ansiedad y la depresión en ellas, o el hecho de que las mujeres se quejen más del dolor que los hombres induzca más la prescripción de esta medicación [28].

Las diferencias que se han podido observar en algunas publicaciones en relación con la respuesta fisiológica a los tratamientos analgésicos, y más concretamente a los opioides, no deja de ser contradictoria [16]. En ocasiones se atribuyen al efecto de los estrógenos en las mujeres, pero esta hipótesis no llega a dar conclusiones contundentes. Por ello, no se refleja en recomendaciones claras de que se deba tratar de manera distinta a hombres y mujeres. Por el contrario, otras investigaciones sí que reportan diferencias en la farmacocinética y farmacodinamia según sexo, así como en los mecanismos que regulan la analgesia y las vías nociceptivas, por lo que aún existen áreas de estudio para tratamientos específicos que puedan ser más efectivos según el sexo [20].

Es por todo ello, la falta de estandarización y consenso en el tipo de manejo [29], que el tratamiento

del dolor crónico requiere un abordaje individualizado, multidisciplinar y biopsicosocial. Es esencial la educación para la salud y una buena comunicación médico-paciente, para que este conozca su enfermedad, las posibles causas del dolor y las expectativas del tratamiento. Saber que este dependerá de la duración, la intensidad del dolor y del diagnóstico subyacente es fundamental para intentar ofrecer la mejor alternativa. En los pacientes crónicos, conocer los factores precipitantes y el contexto psicosocial en el que se producen son claves para su manejo, ya que muchas veces solo con su control el alivio del dolor es considerable [30].

La principal limitación de este estudio ha sido el reducido número de pacientes que participaron en la encuesta. Además, como en todo estudio transversal, no podemos establecer temporalidad entre las variables, por lo que no se pueden estimar riesgos ni hablar de causalidad.

Aun así, conocer las características reales de la población que se trata en una unidad de dolor crónico es clave para poder ofrecer una atención con garantías de calidad y aproximar el manejo de estos pacientes a opciones más individualizadas.

CONCLUSIÓN

Identificar la mayor frecuencia de mujeres, con su contexto sociodemográfico y clínico específico, refleja la necesidad de abordar el sexo y los roles de género y así tenerlos en cuenta a la hora de evaluar cómo influyen ambos en la vivencia del dolor crónico y de cómo llevar a cabo la asistencia y el manejo de nuestros pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses potencial con respecto a la investigación, la autoría y la publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. ICD-11 international classification of diseases for mortality and morbidity statistics [Internet]; 2022. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
2. Margarit C. La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Rev Soc Esp Dolor*. 2019;26(4):209-10. DOI: 10.20986/resed20193752/2019. DOI: 10.20986/resed.2019.3752/2019.
3. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
4. Sá KN, Moreira L, Baptista AF, Yeng LT, Teixeira MJ, Galhardoni R, et al. Prevalence of chronic pain in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Pain Rep*. 2019;4(6):e779. DOI: 10.1097/PR9.0000000000000779.
5. 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(4):287-333. DOI: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.

6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017 [Internet]; Ministerio de Sanidad; 2017. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
7. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. 2002;6(2):133-40. DOI: 10.1053/eujp.2001.0310.
8. Jiménez I, López-de-Andrés A, Del Barrio JL, Hernández-Barrera V, Valero-de-Bernabé M, Jiménez-García R. Gender differences in the prevalence and characteristics of pain in Spain: report from a population-based study. *Pain Med*. 2019;20(12):2349-59. DOI: 10.1093/pm/pnz004.
9. Wiesenfeld-Hallin Z. Sex differences in pain perception. *Gender medicine. Official Journal of the Partnership for Gender-specific Medicine at Columbia University*. 2005;2(3):137-45. DOI: 10.1016/S1550-8579(05)80042-7.
10. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL 3rd. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain*. 2009;10(5):447-85. DOI: 10.1016/j.jpain.2008.12.001.
11. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):52-8. DOI: 10.1093/bja/aet127.
12. Mogil JS, Bailey AL. Sex and gender differences in pain and analgesia. *Prog Brain Res*. 2010;186:141-57.
13. Bartley EJ, Palit S. Gender and Pain. *Curr Anesthesiol Rep*. 2016;6(4):344-53. DOI: 10.1007/s40140-016-0177-2.
14. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-22. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
15. Gallach E, Bermejo M, Robledo R, Izquierdo R, Canos M. Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020;27(4):252-6. DOI: 10.20986/resed.2020.3802/2020.
16. Leresche L. Defining gender disparities in pain management. *Clin Orthop Relat Res*. 2011;469(7):1871-7. DOI: 10.1007/s11999-010-1759-9.
17. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington DC: OPS; 2004.
18. García MM, Del Río M y Marcos J. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013.
19. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11(5):260-9.
20. Greenspan JD, Craft RM, Ieresche L, Arendt-Nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. *Pain*. 2007;132(Suppl. 1):S26-S45. DOI: 10.1016/j.pain.2007.10.014.
21. Noceda JJ, Moret C, Lauzirika I. Características del dolor osteomuscular crónico en pacientes de atención primaria: resultados de un centro rural y otro urbano. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006; 13(5):287-93.
22. Masedo AI, Camacho L. Nivel socioeconómico bajo y el dolor incapacitante en pacientes de la Unidad del Dolor. *Cienc Enferm*. 2016;22(3):77-84. DOI: 10.4067/S0717-95532016000300077.
23. Cortiñas-Sáenz M, Bonilla-García JL, Arnedo C, Navajas AI, Menoyo MB, López R et al. Crisis económica española y salud: impacto clínico en el dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2015;22(2):51-8. DOI: 10.4321/S1134-80462015000200002.
24. Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*. 2017;158(Suppl 1):S11-8. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000775.
25. Gatchel RJ, Mayer TG, Kidner CL, Mcgeary D. Are gender, marital status or parenthood risk factors for outcome of treatment for chronic disabling spinal disorders? *J Occup Rehabil*. 2005;15(2):191-201. DOI: 10.1007/s10926-005-1218-8.
26. Defrin R, Shramm L, Eli I. Gender role expectations of pain is associated with pain tolerance limit but not with pain threshold. *Pain*. 2009;145(1-2):230-6. DOI: 10.1016/j.pain.2009.06.028.
27. Wijnhoven HA, de Vet HC, Picavet HSJ. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in a general population. *Pain*. 2006;124(1-2):158-66. DOI: 10.1016/j.pain.2006.04.012.
28. Ruiz-Cantero María T., Verdú-Delgado María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit*. 2004;18(4):118-25. DOI: 10.1157/13062260.
29. Malik KM, Beckerly R, Imani F. Musculoskeletal Disorders a Universal Source of Pain and Disability Misunderstood and Mismanaged: A Critical Analysis Based on the U.S. Model of Care. *Anesth Pain Med*. 2018;8(6):e85532. DOI: 10.5812/aapm.85532.
30. Velasco M. Dolor musculoesquelético: fibromialgia y dolor miofascial. *Rev Med Clin Condes*. 2019;30(6):414-27. DOI: 10.1016/j.rmcl.2019.10.002 DOI: 10.1016/j.rmcl.2019.10.002.