

Rev Soc Esp Dolor
2012; 19(5): 239-251

Estudio epidemiológico del dolor en la comunidad autónoma de Andalucía

J. Herrera Silva¹, J. Rodríguez Matallana¹, D. Contreras de la Fuente², R. de la Torre Liébanas³, F. Gómez Armenta⁴, F. Linares del Río⁵, I. López Moraleda⁶, F. Neira Reina⁷, M. Rodríguez López⁸, R. Rodríguez de la Torre⁹, A. Rubio Andrada⁴ y S. Ruiz Ortiz¹⁰

¹Unidad del Dolor. Servicio de Anestesia. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ²Unidad del Dolor. Hospital Ciudad de Jaén. Jaén. ³Servicio de Anestesia. Hospital Carlos Haya. Málaga. ⁴Unidad del Dolor. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁵Unidad del Dolor. Hospital Clínico de Málaga. ⁶Servicio de Anestesia Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ⁷Unidad del Dolor. Servicio de Anestesia. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. ⁸Unidad del Dolor. Hospital Carlos Haya Málaga. ⁹Servicio de Anestesia. Hospital de Benalmádena. Málaga. ¹⁰Unidad del Dolor. Servicio de Anestesia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Herrera Silva J, Rodríguez Matallana J, Contreras de la Fuente D, de la Torre Liébanas R, Gómez Armenta F, Linares del Río F, López Moraleda I, Neira Reina F, Rodríguez López M, Rodríguez de la Torre R, Rubio Andrada A, Ruiz Ortiz S. Estudio epidemiológico del dolor en la comunidad autónoma de Andalucía. *Rev Soc Esp Dolor* 2012; 19(5): 239-251.

ABSTRACT

Aims: a study on chronic pain has been performed in a sample of people in Andalusia, in order to assess its prevalence, features, diagnosis, treatment, and impact.

Material and methods: a cross-sectional survey with stratified randomised sampling, including 1,200 phone interviews on pain was performed in people aged > 18 years in Andalusia, by means of the CATI system (Computer Assisted Telephone Interviewing) designed by IMC (Instituto de Investigación, Marketing y Comunicación, Sevilla).

Results: from 1,200 interviewees, a sample of 405 patients with recent pain was obtained (30% of participants with current pain; 3.8% with pain in previous month but not currently). 15.5% of participants have chronic pain. Mean intensity is 5.4 (on a 1-10 scale). Most common sites are back, legs and knees; and rheumatologic pain is the most common type. Impact on

quality of life is high. 77.5% of people with pain use prescribed oral drugs. About half of participants have heard about pain units, and have a positive opinion on them.

Conclusions: current data provide information on the presence of pain in Andalusian population, and will be useful to build up strategies to deal with it.

Key words: Pain. Treatment. Quality of life. Andalusia.

RESUMEN

Objetivos: se ha realizado un estudio sobre el dolor crónico en una muestra de población de Andalucía para explorar su prevalencia, características, forma de diagnóstico, tratamiento e impacto.

Material y métodos: se llevó a cabo un estudio transversal con muestreo aleatorio estratificado, con 1.200 entrevistas telefónicas mediante el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing), diseñado por el IMC (Instituto de Investigación, Marketing y Comunicación, Sevilla), a sujetos residentes en Andalucía, mayores de 18 años a los que se les realizaron diferentes preguntas sobre el dolor.

Resultados: de los 1.200 entrevistados se obtuvo una muestra de 405 pacientes con dolor reciente (30% del total de entrevistados con dolor actual y 3,8% con dolor en el último mes, pero no en este momento). El 15,5% de la población sufre un dolor de tipo crónico. La puntuación media de la intensidad del dolor es de 5,4 (escala 1-10). El dolor afecta sobre todo a espalda, piernas y rodillas; y domina el de tipo reumatológico. El impacto sobre la calidad de vida es notable. El 77,5% de la población con dolor toma medicación oral de prescripción. Casi la mitad de la población ha oído hablar de las unidades del dolor, y la opinión al respecto es favorable.

Financiación: Asociación Andaluza del Dolor.
Ningún conflicto de interés que declarar.

Recibido: 09-12-11.
Aceptado: 15-03-12.

Conclusiones: los datos del estudio aportan información sobre la presencia del dolor en la población andaluza y servirán de base para diseñar estrategias para hacerle frente.

Palabras clave: Dolor. Tratamiento. Calidad de vida. Andalucía.

INTRODUCCIÓN

Se han realizado estudios previos a nivel europeo en atención primaria, así como en países individuales para diversas patologías que cursan con dolor crónico (1-9). La Asociación Andaluza del Tratamiento de Dolor y Asistencia Continuada ha promovido la realización del primer *Estudio sobre Dolor en la población de la Comunidad Autónoma Andaluza*. Este estudio surge con la finalidad de caracterizar el dolor y conocer su prevalencia entre los ciudadanos de la Comunidad, así como las tipologías existentes, los colectivos o segmentos poblacionales más afectados y la forma en que el problema les afecta y es tratado. Adicionalmente, se investiga el tema del dolor asociado a las intervenciones quirúrgicas, así como el grado de conocimiento y experiencia con las unidades del dolor (UD). Dado que se trata del primer estudio de estas características realizado en nuestra Comunidad, se ha pretendido que el mismo sirva para sentar las bases de un diagnóstico preliminar de la situación y para el diseño de estrategias de comunicación destinadas a concienciar a la población y a las instituciones y asociaciones vinculadas con esta problemática.

Se persiguen los siguientes objetivos: a) estimar la prevalencia del dolor en la Comunidad Autónoma Andaluza; b) categorizar las causas de dolor; c) explorar la demografía del dolor; d) evaluar el impacto del dolor en la calidad de vida de los individuos y en sus actividades diarias, así como los efectos psicológicos del dolor sobre los individuos; e) revisar los tratamientos que siguen en la actualidad y los niveles de satisfacción con los tratamientos; y f) evaluar el conocimiento de la población sobre la existencia y funcionamiento de las UD.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio de corte transversal con muestreo aleatorio estratificado, con un total de 1.200 entrevistas telefónicas asistidas por ordenador, mediante el sistema CATI, con aplicación de un cuestionario telefónico desarrollado en colaboración con la Asociación Andaluza del Tratamiento de Dolor y Asistencia Continuada. El universo estudiado fue la población residente en Andalucía de 18 años o más, y la selección de la muestra se llevó a cabo con un muestreo aleatorio estratificado, según volumen de población por provincias y tamaño del hábitat, con fijación de cuotas de género y edad en cada

estrato, para garantizar la representatividad de la muestra. El error muestral se calculó considerando un diseño aleatorio simple, con un nivel de significación del 95,5% ($z = 2$) dentro del modelo binomial, en el que $p = q = 0,50$, por lo que debe ser considerado error estadístico máximo. Para el conjunto de la muestra este error muestral fue de $\pm 2,88\%$ y para la submuestra con dolor reciente (405 entrevistas) de $\pm 4,97\%$. Las entrevistas se realizaron del 15 al 30 de junio de 2010, y la media de duración de cada una fue de 10 a 12 minutos, en función de los filtros aplicados.

Se analizaron las respuestas dadas a las diversas preguntas de la encuesta sobre el dolor, su diagnóstico y tratamiento, el impacto en la calidad de vida, el dolor postoperatorio y el conocimiento de las UD.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS ver. 15.0 y con el programa EPIDAT ver. 3.1. Dado que las variables que intervienen en el estudio son en su mayoría cualitativas, o bien cuantitativas categorizadas, se ha aplicado el método de tablas de contingencia que nos proporciona las tablas de los cruces de distintas variables, así como los porcentajes correspondientes en filas y columnas. También se ha empleado el estadístico χ^2 asintótico y el test exacto de Fisher para el caso de no cumplimiento de las condiciones de validez. De igual manera, para las proporciones de interés se han obtenido los correspondientes intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS

Muestra estudiada, características sociodemográficas y estado de salud

De los 1.200 entrevistados, se obtuvo una muestra de 405 pacientes con dolor reciente.

Las características de la muestra estudiada se resumen en la Tabla I. El estado de salud del 65% de la población adulta de Andalucía es bueno o muy bueno. Un 26,2% considera que su estado es normal o regular y el 9% lo califica de malo o muy malo. La población que declara en mayor medida que su estado de salud es malo o muy malo se caracteriza por: ser mayor de 65 años; tener un bajo nivel formativo; ser inactiva, sobre todo jubilados o amas de casa. En la calificación del estado de salud en función del sexo se presenta una diferencia muy significativa ($p = 0,005$) debido a que los hombres manifiestan un mejor estado de salud que las mujeres (estado de salud bueno/muy bueno: varones, 68,8% frente a mujeres, 60,9%).

Características del dolor

Las respuestas obtenidas en cuanto al dolor se resumen en la Tabla II. Uno de cada tres andaluces sufre algún do-

lor en la actualidad (30%) o lo ha sufrido durante el último mes (3,8%). La prevalencia del dolor reciente fue, pues, del 33,7% con un intervalo de confianza (IC) al 95% de 31,0-36,5%. Por segmentos, la población que sufre algún dolor en la actualidad y que destaca por encima de la media serían: mujeres; mayores de 45 años; sin estudios o estudios de nivel bajo; amas de casa y jubilados; residentes en poblaciones de menos de 10.000 habitantes. En cuanto a si sufre dolor en la actualidad o en el último mes, se presenta una diferencia muy significativa ($p = 0,005$) debido a que las mujeres sufren más dolor que los hombres (38,0 frente a 29,2%).

La intensidad del dolor (escala de 1-10) en esta submuestra de individuos con dolor fue de 5,4. De hecho, el 22,2% define su dolor con un 5 o 6 (nivel medio) y el 31,8% con un 7 u 8 (nivel intenso), mientras que solo el 4,2% lo sitúa en un nivel "insoportable" de 9 o 10. Por el contrario, en el 35,1% de los casos, se trata de dolores moderados (3 o 4), y en el 6,7% son leves (1 o 2).

Atendiendo a indicadores internacionales, se ha definido que, cuando la duración del dolor supera los 6 meses y la frecuencia del mismo no es esporádica, el dolor descrito es un dolor "crónico" (10-11). De esta forma, el 15,5% del conjunto de toda la población sufre un dolor de tipo crónico (lo que significaría el 45,9% de los que sufren dolores), mientras que el 18,3% registra otro tipo de dolores (54,1% de la muestra con dolor). El perfil más característico de los andaluces con dolor crónico sería: mujeres; mayores de 45 años; sin estudios o con estudios de nivel bajo; amas de casa o jubilados; residentes en poblaciones de menos de 50.000 habitantes.

Los dolores principales de la población afectada se sitúan en la espalda, las piernas y las rodillas. A continuación se nombran dolores generales por "todo el cuerpo" o multiorgánicos, la zona baja de la espalda o riñones y el cuello.

El 56,4% de la población lleva sufriendo dichas molestias más de 5 años. De hecho, el tiempo medio registrado ha sido de 10 años con los mismos dolores. De nuevo, las variables que demuestran tener más relación con el tiempo que llevan padeciendo los dolores son la edad (avanzada), el nivel formativo (bajo) y la ocupación (amas de casa y jubilados). En cuanto a la frecuencia de los dolores, el 57,5% los sufre a diario y una cuarta parte los padece durante varios días a la semana. De nuevo la edad es el factor más relacionado con la frecuencia del dolor.

Uno de cada tres procesos dolorosos comenzó en un lugar concreto para luego extenderse a otras partes del cuerpo. Ahora bien, cuando se sufren dolores definidos como crónicos, la irradiación aumenta hasta el 47,4%. Las características que mejor definen a las personas que sufren dolores irradiados son: mujeres; mayores de 65 años; sin estudios o estudios de nivel elemental; amas de casa o jubilados; residentes en poblaciones de más de 50.000 habitantes.

TABLA I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTADO DE SALUD DE LOS ENCUESTADOS (N = 1.200)

<i>Característica</i>	<i>Porcentaje</i>
Género	
Hombres	48,4%
Mujeres	51,6%
Edad	
18-24 años	15,8%
25-34 años	20,4%
35-44 años	19,3%
45-54 años	15,3%
55-64 años	11,5%
65 o más años	17,8%
Tamaño de hábitat	
Menos de 10.000 habitantes	21,3%
De 10.000 a 50.000 habitantes	27,8%
De 50.000 a 100.000 habitantes	13,7%
Más de 100.000 habitantes	37,2%
Nivel de estudios	
Sin estudios	12,7%
Elementales	35,8%
Secundarios	32,4%
Superiores	19,2%
Ocupación	
Tareas hogar	17,6%
Estudiante	11,2%
Jubilado	18,1%
Desempleado	13,6%
Nivel bajo	7,8%
Nivel medio-bajo	8,4%
Nivel medio	10,5%
Nivel medio-alto	6,5%
Nivel alto	6,3%
Estado de salud actual	
De regular/normal a muy bueno	64,8%
Malo o muy malo	9,0%

Tres de cada diez dolores se producen como consecuencia de algún movimiento o causa conocida y previsible, es decir, son dolores de tipo incidental. Sin embargo, la mayoría de los dolores (70,1%) no se pueden prever y se experimentan de un modo espontáneo. Por otra parte, los dolores crónicos son menos previsible que los no crónicos, pues la incidentalidad de los dolores crónicos baja hasta el 20,4%. Los dolores incidentales son más frecuentes entre: personas de 35 a 64 años; estudios secundarios o universitarios; personas ocupadas (activas) de cualquier nivel profesional; estudiantes y amas de casa; poblaciones entre 10.000 y 50.000 habitantes.

Dos de cada tres dolores mencionados son dolores continuos, mientras que un tercio son intermitentes. Estos últimos, en su mayoría, se sufren una vez al día. Por otra parte, los ataques intermitentes referidos son de larga duración, con una media de 8,3 horas cada proceso. Los dolores intermitentes no suelen ser crónicos y la población tipo que más los sufre son: menores de 45 años; con estudios secundarios o universitarios; estudiantes, desempleados u ocupados. Por el contrario, el 86,6% de los dolores crónicos son de carácter continuo, siendo víctimas principales las personas mayores de 65 años, sin estudios y jubiladas.

En la Tabla II se indican las causas de los dolores principales según los entrevistados. Con las respuestas obtenidas se agruparon las posibles causas de dolor en 6 categorías: traumatológico (15,3%), reumatológico (43,5%), quirúrgico (10,1%), neurológico (4,4%), otros (17,8%) y no sabe (8,9%). Los resultados al cruzar con sexo fueron significativos ($p = 0,034$) debido a que en los varones suele tener origen quirúrgico y en las mujeres reumatológico, mayoritariamente. Al cruzar dichas categorías con la edad, el resultado es altamente significativo ($p < 0,000001$) y se debe a que en los jóvenes hasta 34 años se dan más las causas neurológicas y traumatológicas; sin embargo a partir de 55 años se dan más las causas de tipo reumatológico.

Si consideramos el dolor continuo o intermitente respecto a las causas agrupadas por categorías, el resultado es significativo ($p = 0,028$) y hay más dolor continuo en los de causa reumatológica sobre todo; el dolor intermitente se da más en los de causa neurológica y otros tipos de dolor. Cruzando las causas agrupadas por categorías respecto a cuántas veces al día tiene dolor, el resultado es significativo ($p = 0,026$); el de causa traumatológica o neurológica se suele dar pocas veces al día, mientras que los otros tipos y los que no saben la causa se dan 3 o más veces al día. Respecto a la pregunta ¿con qué frecuencia le duele?, el resultado es muy significativo ($p = 0,019$) y el de tipo neurológico se da más esporádicamente, mientras que el reumatológico suele darse todos los días. Si valoramos si el dolor ¿se desencadena por el movimiento? el resultado es significativo ($p = 0,019$) debido a que el traumatológico no suele ser espontáneo. En cuanto a ¿quién le ha diagnosticado el tipo de dolor? el resultado es muy significativo ($p = 0,003$); en el caso del dolor traumatológico suele ser el médico de cabecera mientras que en el reumatológico y quirúrgico suele ser el especialista. Respecto a ¿cuántos profesionales diferentes le han visitado para contrastar el diagnóstico?, el resultado es muy significativo ($p = 0,009$) debido a que en “otros” hay más que no han visitado ninguno o bien un alto número de especialistas, y en el reumatológico al menos han sido visitados por 2 o más especialistas. Si consideramos ¿quién le trata de su dolor actualmente?, el resultado es muy significativo ($p = 0,004$) debido a que cuando el dolor es quirúrgico hay más

pacientes tratados en la unidad del dolor (UD) que por el médico de cabecera; y en el reumatológico suelen ser tratados por el especialista. Si valoramos ¿de qué especialidad? el resultado es altamente significativo ($p < 0,000001$) debido a que el dolor reumatológico fundamentalmente lo ven los traumatólogos y solo una cuarta parte lo ven los reumatólogos.

En cuanto a la satisfacción con el personal médico que le trata, el resultado es altamente significativo ($p < 0,000001$), debido a que los pacientes que presentan dolor quirúrgico están muy insatisfechos, a que los de tipo reumatológico están satisfechos y a que hay poca satisfacción en los que no saben la causa.

Respecto a ¿qué tratamientos toma?, el resultado es muy significativo ($p = 0,002$) debido a que en el caso del dolor reumatológico hay más casos de medicamentos prescritos por profesionales, y en el traumatológico hay más tratamientos o terapias complementarias y medicamentos no prescritos, o bien no toman nada en el caso de los que no conocen la causa del dolor. Si valoramos si ¿considera adecuada la terapia?, el resultado es muy significativo ($p = 0,011$) debido a que los que tienen dolor de tipo quirúrgico manifiestan que suele ser poco efectiva. Y finalmente en cuanto a si ¿ha sido operado alguna vez?, el resultado resulta altamente significativo ($p < 0,0001$) debido a que en los tipos reumatológico y quirúrgico hay más respuestas afirmativas; y en los tipos traumatológico y neurológico más pacientes contestan de forma negativa.

En la Tabla III se resume la prevalencia puntual, sobre el conjunto de la población (con dolores o no), de los dolores principales mencionados, así como datos descriptivos de cada localización.

Diagnóstico y tratamiento del dolor

El diagnóstico y el tratamiento del dolor se resumen en la Tabla IV. La mayoría de los diagnósticos (54,8% de los casos) han sido establecidos por especialistas. En concreto, el más consultado ha sido el traumatólogo (40,2% de la población con dolor). Además, reumatólogos y neurólogos son mencionados por el 7,4% y el 2,5% de los entrevistados con dolor. La segunda opción de diagnóstico más habitual la protagonizan los médicos de cabecera, que diagnostican el 36,3% de los casos.

El 47,5% de quienes padecen alguna dolencia visitaron, al menos, a dos profesionales sanitarios distintos para contrastar el diagnóstico recibido, mientras que el 43,2% se limitó a la primera opción. De este modo, la media de profesionales visitados es de 1,9 por paciente.

Una vez diagnosticado el dolor, el tratamiento lo establece, en más de la mitad de los casos, el médico de cabecera. Solo en el 28,3% de los casos el tratamiento fue prescrito por especialistas, en particular traumatólogos y

TABLA II. PRESENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

<i>Característica</i>	<i>Porcentaje</i>
Prevalencia del dolor ^a	
Dolor actual	30,0%
Dolor en el último mes, pero no actual	3,8%
Ningún dolor reciente	66,3%
Intensidad del dolor (escala 1 [muy leve] – 10 [el peor posible]) ^b	
1-4	41,8%
5-10	58,2%
Dolor crónico ^a	
Dolor crónico	15,5%
Dolor no crónico	18,3%
Ningún dolor	66,3%
Localización del dolor principal ^{b,c}	
Piernas	16,8%
Espalda (general)	17,5%
Rodillas	10,9%
Baja espalda/riñones	7,9%
Brazos	4,2%
Todo/multiorgánico	9,6%
Cuello	6,2%
Localización de otras molestias ^{b,c}	
Piernas	30,1%
Espalda (general)	24,9%
Rodillas	18,3%
Baja espalda/riñones	12,8%
Brazos	12,6%
Todo/multiorgánico	12,1%
Cuello	9,9%
Cadera	7,9%
Pies	7,7%
Cabeza	6,4%
Alta espalda	6,2%
Manos/dedos	5,4%
Hombros	5,2%
Tiempo de evolución del dolor ^b	
Menos de 6 meses	10,5%
De 6 a 12 meses	9,0%
De 1 a 2 años	10,3%
De 3 a 4 años	13,8%
De 5 a 10 años	28,3%
Más de 10 años	28,1%
Frecuencia del dolor ^b	
Todos los días	57,5%
Varios días a la semana	24,5%
Más esporádicamente	18,0%
Irradiación del dolor ^b	
Sí se extendió	34,3%
Está muy localizado	64,12%
No sabe/no contesta	1,2%

TABLA II. (Cont.) PRESENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

<i>Característica</i>	<i>Porcentaje</i>
Incidentalidad del dolor ^b	
Sí, es previsible (dolor incidental)	29,6%
No, es espontáneo y no lo puede prever	70,1%
No sabe/no contesta	0,2%
Intermitencia del dolor ^b	
Dolor continuo	65,6%
Dolor intermitente	34,4%
1-2 veces/díad	72,3%
3 o más veces/díad	27,5%
Causas del dolor principal estimadas por el paciente ^c	
Artritis/artrosis/osteoporosis	21,2%
Columna vertebral	14,3%
Articulaciones-cartílagos	12,8%
Dolor reumático	9,1%
Hernias	8,4%
Sobrecarga muscular	7,7%
Operación quirúrgica	7,2%
Efecto sobre la calidad de vida (“mucho”, “algo”) ^b	
Actividades personales vitales (asearse, vestirse, comer, dormir)	26,2%, 28,1%
Tareas habituales (domésticas, conducir, comprar, estudiar, trabajar)	42,2%, 33,3%
Relaciones con amigos y familiares	9,9%, 21,0%
Bajas laborales ^b	
No	76,5%
Sí	21,8%
Incapacidad permanente	6,7%
Incapacidad transitoria	15,1%
Duración de la baja en los individuos con baja laboral transitoria	
1-7 días	15,0%
8-15 días	25,0%
16-30 días	11,7%
1-2 meses	13,3%
2-3 meses	5,0%
3-6 meses	10,0%
6 meses-1 año	8,3%
Más de 1 año	11,7%
Nivel de dependencia ^b	
Ninguna	41,5%
Baja o muy baja	20,7%
Intermedia	21,5%
Alta o muy alta	14,3%
No sabe/no contesta	2,0%
Efectos psicológicos del dolor (totalmente o algo en desacuerdo frente a completamente o algo de acuerdo) ^b	
“Su dolor NO es solo una parte de su enfermedad o condición médica”	41,7% vs 25,4%
“Cuando tiene dolor se siente incapaz de hacer nada”	25,4% vs 60,7%
“Su dolor le impide pensar con claridad o concentrarse”	46,9% vs 33,6%
“Se siente solo/a con su dolor”	58,3% vs 25,2%
“Algunos días el dolor es tan insoportable que desearía morir”	70,6% vs 15,3%
“Su familia y amigos no comprenden cómo le afecta su dolor en su vida”	77,6% vs 7,7%

TABLA II. (Cont.) PRESENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

<i>Característica</i>	<i>Porcentaje</i>
Dolor postoperatorio	
Prevalencia de las operaciones ^a	45,0%
Intensidad del dolor postoperatorio ^c	
Ningún dolor	33,0%
Leve	21,3%
Moderado	21,1%
Intenso	18,1%
No sabe/no contesta	6,5%
Dolor residual ^c	14,6%
Opinión sobre quién debe encargarse del dolor postoperatorio ^a	
Un equipo de profesionales	23,6%
El cirujano que le intervino	22,2%
La enfermera o enfermero	18,9%
El jefe de los servicios médicos	7,5%
El anestesiista	1,2%
No sabe	26,7%
Considera normal experimentar dolor después de una intervención quirúrgica ^a	36,2%

^aPorcentaje respecto al total de entrevistados (n = 1.200). ^bPorcentaje respecto al total de entrevistados que declararon un dolor reciente (n = 360). ^cSe indican los valores para los que el porcentaje de afectados es superior al 5% (n = 18). ^dPorcentaje respecto al total de entrevistados con dolor intermitente (n = 124). ^ePorcentaje respecto al total de individuos operados (n = 540).

TABLA III. CARACTERÍSTICAS DE LOS DOLORES PRINCIPALES EN EL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN (N = 1.200)

	<i>Prevalencia en la población (%)</i>	<i>Intensidad 1 a 10 (puntuación media)</i>	<i>Tiempo medio (años)</i>	<i>Frecuencia diaria (%)</i>	<i>Dolor irradiado (%)</i>	<i>Dolor incidental (%)</i>	<i>Dolor intermitente (%)</i>	<i>Frecuencia (veces al día)</i>	<i>Duración media (horas)</i>
Localización principal		5,4	10,0	57,5%	34,3%	29,6%	34,4%	2,1	8,3
Espalda (sin especificar)	5,9%	5,7	9,5	42,3%	31,0%	40,8%	41,4%	1,4	12,7
Piernas	5,7%	5,0	9,3	55,9%	32,4%	19,1%	30,9%	2,1	6,2
Rodillas	3,7%	5,4	7,5	68,2%	15,9%	31,8%	18,2%	1,5	11,1
Todo el cuerpo / multiorgánico	3,3%	6,5	14,0	87,2%	87,2%	15,4%	10,3%	3,0	2,8
Zona baja de la espalda	2,7%	5,1	13,1	43,8%	34,4%	40,6%	40,6%	1,4	6,3
Cuello	2,1%	4,9	8,1	50,0%	36,0%	44,0%	56,0%	1,7	13,2
Cabeza	1,5%	5,8	15,5	16,7%	0,0%	11,1%	66,7%	1,5	6,1
Cadera	1,5%	5,2	13,1	58,8%	50,0%	33,3%	38,9%	1,8	5,5
Brazos	1,4%	5,5	12,2	82,4%	29,4%	35,3%	11,8%	1,0	1,6
Pies	1,4%	5,4	5,1	64,7%	11,8%	29,4%	41,2%	1,7	12,9
Zona alta de la espalda	1,1%	4,2	12,4	72,7%	46,2%	46,2%	30,8%	3,8	1,6
Manos/Dedos	0,8%	5,1	6,0	66,7%	10,0%	30,0%	30,0%	2,5	0,4
Estómago/Barriga	0,7%	4,6	8,0	50,0%	25,0%	12,5%	62,5%	6,4	3,6
Hombros	0,5%	4,8	5,5	66,7%	33,3%	33,3%	33,3%	2,5	2,5
Articulaciones	0,5%	6,2	8,3	83,3%	50,0%	33,3%	50,0%	4,7	1,8
Boca/maxilares	0,4%	6,2	0,6	60,0%	20,0%	0,0%	40,0%	5,0	0,1
Genitales/ano	0,3%	7,0	3,7	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	–	–
Codos	0,2%	5,5	16,0	50,0%	50,0%	50,0%	100,0%	5,0	2,0
Pecho	0,2%	7,5	4,0	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	1,0	24,0
Otros	0,1%	8,0	1,0	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	–	–

reumatólogos. Es importante destacar que el 16,8% de quienes padecen algún dolor no es tratado actualmente por ningún profesional de la salud. En estos casos, las causas más argumentadas son que “no hace falta o no tiene importancia” (porque los dolores son soportables y no son crónicos) o bien que no tienen solución ya que se deben a posturas o movimientos realizados o se han convertido en dolores crónicos. Entre los que menos acuden al médico destacan: jóvenes de entre 18 a 24 años; estudiantes y ocupados de nivel medio/medio-bajo; estudios a nivel de “secundaria” terminados.

En general, el nivel de satisfacción con los profesionales sanitarios que tratan el dolor es alto (Tabla IV). Solo un 11,5% de los afectados afirma estar insatisfecho (9,7%) o muy insatisfecho (1,8%), si bien esta cifra aumenta hasta el 15,2% entre quienes sufren dolores crónicos. Entre los más críticos con la atención recibida destacan los siguientes colectivos: edad 35 a 44 años; desempleados y estudiantes; residentes en poblaciones de 50.000 a 100.000 habitantes.

El 77,5% de la población que sufre algún tipo de dolor, toma medicamentos orales prescritos por profesionales de la sanidad para mitigarlos. Por otra parte, los tratamientos o terapias complementarias distintas a dichos medicamentos orales son seguidos por el 15,8% de los pacientes. En el caso de dolores no crónicos, estos tratamientos son utilizados por el 21,5%. La automedicación con medicamentos no prescritos es reconocida por el 7,9% de los afectados. Entre los que más se automedican destacan los menores de 24 años (estudiantes) y personas con estudios secundarios o superiores que ocupan puestos de nivel medio o medio-alto. Por último, el 13,1% de los entrevistados con dolor no confirmó ninguno de los posibles tratamientos mencionados.

Entre los medicamentos orales prescritos que toman los pacientes destacan fundamentalmente los analgésicos (paracetamol, metamizol) y los anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) (Tabla IV). En los casos en que se reciben otras técnicas terapéuticas distintas de los medicamentos orales prescritos, los ungüentos, cremas o geles son los más extendidos.

En opinión de los afectados que reciben cada tipo de tratamiento descrito, las terapias no orales, en su conjunto, se consideran más efectivas que los medicamentos orales (prescritos o no). En concreto, el 44,2% de dichos tratamientos complementarios se valoran como bastante o muy efectivos, mientras que solo el 13% de quienes los utilizan los valoran como poco o nada efectivos. El 36,2% dijo que son “algo” efectivos y el 6,5% no supo qué contestar. Los medicamentos prescritos por profesionales sanitarios se consideran útiles en el 30,8% de los casos. Casi la mitad los valoran como de una efectividad intermedia y el 19% los califican como poco o nada paliativos. Respecto a los medicamentos tomados por decisión propia, alcan-

zan una efectividad similar a la de los prescritos (31,2%), aunque la mayoría (62,5%) confirma que solo son “algo efectivos” y solo el 6,3% dice que son “poco” prácticos. La medicina alternativa, además de ser utilizada por una muestra residual, tampoco recibe una valoración especialmente positiva.

Uno de cada cuatro afectados por dolores recientes ha tenido que ir alguna vez a Urgencias a causa de estos. En particular, durante el último año, dichos pacientes han recurrido al servicio de urgencias de algún hospital o centro de salud una media de 2,3 veces. Por segmentos, los que sufren dolores crónicos han acudido en mayor proporción que los que no los sufren (36% frente a 16%). Del resto de estratos, solo destacan por encima de la media las personas de edades comprendidas entre los 35 y 54 años.

Repercusión en la calidad de vida

Respecto a las repercusiones que pueden tener los dolores sobre la vida cotidiana de los quienes los padecen (Tabla II), cabe destacar que el principal efecto se produce sobre la realización de tareas habituales (como las tareas domésticas y otras fuera del hogar). En segundo lugar, afecta a las actividades personales vitales como el asearse, vestirse, comer o dormir. Por último, el efecto sobre las relaciones sociales con amigos y familiares es menor.

Lógicamente, en los casos de dolores crónicos, el efecto es aún mayor, especialmente en las tareas habituales (59,1%) y en las actividades vitales (39,8%). También afecta más a personas de entre 45 y 54 años, personas sin estudios, jubilados o pensionistas, ocupados de nivel alto y residentes en poblaciones de 50.000 a 100.000 habitantes.

El 21,8% de la población con dolor ha estado de baja alguna vez a consecuencia de los mismos. Cuando el dolor es crónico, el porcentaje de bajas aumenta al 27,4%. De dichas bajas, el 30,7% (6,7% de todos los afectados) es calificada como incapacidad laboral permanente mientras que el resto han sido bajas laborales temporales o transitorias. La duración media de estas bajas temporales es de 4,4 meses, si bien el 40% de estas duran un máximo de dos semanas y más de la mitad no superan el primer mes. En cuanto al perfil más destacado de los afectados que están o han estado de baja alguna vez por los dolores descritos, superan numéricamente la media los de los siguientes grupos: hombres; edad de 35 a 54 años; con estudios secundarios; ocupados y desempleados.

El nivel de dependencia para realizar actividades personales y cotidianas es generalmente nulo o bajo, pero un 14,3% de la población afectada por el dolor dependería de familiares o cuidadores en grado alto o muy alto (Tabla II). Si se sufren dolores crónicos este elevado nivel de dependencia asciende al 23,7%. En cuanto a los segmentos más

TABLA IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

<i>Característica</i>	<i>Porcentaje</i>
Profesionales que establecen el diagnóstico ^a	
Un especialista	54,8%
Su médico de cabecera	36,3%
Otro profesional sanitario	0,7%
Otro profesional no sanitario	0,7%
La unidad del dolor	0,2%
No contesta	7,2%
Profesionales distintos que ha visitado para contrastar el diagnóstico ^a	
Ninguno	3,0%
1	43,2%
2	25,4%
3	15,1%
4	4,4%
5 o más	2,5%
No contesta	6,4%
Profesionales que tratan el dolor ^a	
Su médico de cabecera	51,9%
Un especialista	28,3%
Otro profesional sanitario	1,8%
La unidad del dolor	1,3%
Nadie, Vd. mismo	16,8%
Satisfacción con los profesionales que tratan el dolor ^b	
Satisfecho o muy satisfecho	68,9%
Insatisfecho o muy insatisfecho	11,5%
Tipos de tratamientos para reducir o mitigar el dolor ^a	
Medicamentos prescritos por profesionales sanitarios	77,5%
Tratamientos o terapias complementarias (no orales)	15,8%
Medicamentos no prescritos (automedicación)	7,9%
Medicamentos o tratamientos alternativos a medicina convencional	2,0%
Ninguno	13,1%
Medicamentos orales prescritos ^c	
Analgésicos anti-inflamatorios	62,7%
Analgésicos	50,3%
Relajantes musculares	15,3%
Antidepresivos	5,1%
Anticonvulsivantes	5,4%
Ansiolíticos	3,8%
Opiáceos fuertes	0,3%
Parches	1,9%
Corticoides	2,2%
Opiáceos débiles	4,5%
Otros	4,8%
No sabe/no recuerda	7,6%
Tratamientos o terapias complementarias (no orales) ^c	
Ungüentos, cremas, geles	31,3%
Ejercicio	26,6%
Aplicación de calor	17,2%
Fisioterapia	15,6%

TABLA IV. (Cont.) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

<i>Característica</i>	<i>Porcentaje</i>
Infiltraciones	12,5%
Masajes	9,4%
Aplicación de frío	6,3%
Técnicas de relajación	4,7%
Acupuntura	4,7%
Radiofrecuencia	3,1%
Terapia psicológica	1,6%
Dieta/alimentación especial	1,6%
Otras	6,3%
Valoración del tratamiento como muy efectivo o bastante efectivo ^c	
Medicamentos prescritos por profesionales sanitarios	30,8%
Tratamientos o terapias complementarias (no orales)	44,2%
Medicamentos no prescritos (automedicación)	31,2%
Medicamentos o tratamientos alternativos a medicina convencional	0%
Asistencia a Urgencias ^a	
No	74,8%
Sí	25,2%
Asistencia a Urgencias en el último año ^d	
Ninguna	14,9%
1	29,7%
2	24,8%
3	17,8%
4	6,9%
5 o más	5,9%

^aPorcentaje respecto al total de entrevistados que declararon un dolor reciente (n = 404). ^bPorcentaje respecto al total de entrevistados con dolor reciente tratados por profesionales (n = 336). ^cPorcentaje respecto al total de entrevistados que los toman (data not shown). ^dPorcentaje respecto al total de entrevistados con dolor reciente que han acudido a urgencias (n = 102)

dependientes, se puede decir que muestran una relación directa con la edad, de manera que cuantos más mayores son los afectados, mayor es el grado de dependencia. Asimismo, los niveles formativos más bajos aparecen como más dependientes de cuidadores.

En lo referente a los efectos psicológicos del dolor en la población objeto de estudio, se encontraron resultados numéricamente divergentes ante las diferentes cuestiones que se propusieron a los pacientes. Un 41,7% de los pacientes con dolor reciente afirmaron estar totalmente o algo en desacuerdo con la sentencia “su dolor NO es solo una parte de su enfermedad o condición médica”, frente a un 25,4% que afirmaron estar completamente o algo de acuerdo.

Este porcentaje fue del 25,4 frente al 60,7% para la sentencia “cuando tiene dolor se siente incapaz de hacer nada”, del 46,9 frente al 33,6 % para “su dolor le impide pensar con claridad o concentrarse”, del 58,3 frente al 25,2% para “se siente solo/a con su dolor”, y del 70,6 frente al 15,3% y 77,7 frente al 7,7% para las sentencias “algu-

nos días el dolor es tan insoportable que desearía morir” y “su familia y amigos no comprenden cómo le afecta el dolor en su vida”, siendo estas dos últimas cuestiones las que produjeron una mayor divergencia en las respuestas de los individuos participantes en la encuesta.

Dolor postoperatorio

El 45% de la población adulta de Andalucía ha sido operado en alguna ocasión. Los afectados por dolores crónicos han sido intervenidos en el 71,5% de los casos, mientras que los que no sufren actualmente ningún dolor lo fueron en el 37,7%. La media de operaciones por intervenido es de 2, si bien el 55,6% solo ha sido operado una vez. Respecto al tiempo, la mayoría de las operaciones declaradas se produjeron hace 5 o más años, con una media de 10,8 años. En el análisis por colectivos, se observa un mayor porcentaje de operados en los grupos de mayor edad. También cabe destacar que quienes dijeron conocer

TABLA V. CONOCIMIENTO, USO Y VALORACIÓN DE LAS UNIDADES DEL DOLOR

<i>Característica</i>	<i>Porcentaje</i>
Ha oído hablar alguna vez de las unidades del dolor ^a	53,8%
Ha sido atendido alguna vez en una unidad del dolor ^b	4,6%
Profesional que lo deriva ^c	
Un especialista	56,7%
Su médico de cabecera	30,0%
Otro profesional sanitario	10,0%
No sabe/no contesta	3,3%
Satisfacción con la atención recibida ^c	
Muy satisfecho	26,7%
Satisfecho	43,3%
Ni satisfecho ni insatisfecho	10,0%
Insatisfecho	20,0%
Ha tenido algún problema para que le deriven a la unidad del dolor ^d	13,1%
Cree que las unidades del dolor son necesarias ^b	
Muy necesarias	62,5%
Necesarias	34,4%
Ni necesarias, ni innecesarias	0,5%
Innecesarias	0,3%
No sabe/no contesta	2,3%

^aPorcentaje respecto al total de entrevistados (n = 1.200). ^bPorcentaje respecto al total de entrevistados que conocen las unidades (n = 646). ^cPorcentaje respecto al total de entrevistados que han sido atendidos (n = 55). ^dPorcentaje respecto al total de entrevistados que conocen las unidades y tienen dolor actualmente (*data not shown*)

las UD han sido operados en el 55,7% de los casos, mientras que quienes no la conocen lo fueron en el 32,5%.

Un tercio de los que han sido operados no recuerdan haber sufrido dolor alguno tras su última intervención. En esta ocasión, el hecho de sufrir o no actualmente algún tipo de dolor, no influye en la proporción de esta respuesta positiva. Igual ocurre en el caso de los dolores leves, cuya media es del 21,3% sin apenas variaciones entre segmentos. Sin embargo, cuando tratamos de un dolor postoperatorio intenso, el 18,1% global aumenta hasta el 27,1% si se sufre actualmente un dolor crónico. En las respuestas segmentadas no destaca ninguna otra característica clara que diferencie a los que sufren dolor postoperatorio de los que no lo sufren.

El 14,6% de los operados manifiesta tener un dolor residual. Ahora bien, si actualmente sufren un dolor crónico, el porcentaje con dolor residual postoperatorio es del 26,3% y si el dolor actual no es catalogado como crónico el dato es el 23,4%. En resumen, destacan por superar la media de dolor residual tras la operación los siguientes segmentos: mayores de 65 años; sin estudios; jubilados.

Las opiniones sobre qué tipo de profesionales debería encargarse principalmente de tratar el dolor tras una operación se indican en la Tabla II.

La mitad de los andaluces considera que hoy en día no es normal seguir experimentando dolor después de una intervención quirúrgica. Esta opinión apenas difiere entre los que han sido operados alguna vez y los que no, ni difiere tampoco entre los que padecen actualmente algún dolor de cualquier etiología. La postura opuesta, que ve normal mostrar cierto dolor postoperatorio, es defendida por el 36,2% de la población. A nivel de segmentación, tan solo el tamaño de la población y la ocupación parece diferenciar ambas posturas. En los municipios de mayor tamaño se defiende en mayor medida el "sí", superando ligeramente la cifra de los que opinan lo contrario (41,9 frente a 41%). También los ocupados de nivel medio y nivel alto superan la media de los que creen que sigue siendo normal. Por el contrario, los residentes en poblaciones de tamaño medio (50.000 a 100.000 habitantes), las amas de casa y quienes tienen empleos de nivel medio-alto, piensan que no debería ser así.

Conocimiento y uso de las unidades del dolor

El conocimiento y uso de las UD se resumen en la Tabla V. Más de la mitad de los andaluces (53,8%) ha oído hablar alguna vez de ellas. Además, en caso de padecer ac-

tualmente algún dolor, el grado de conocimiento aumenta al 62,9 y 60,3% según sea crónico o no. También el nivel de conocimiento de quienes han sido operados alguna vez supera ampliamente al de quienes no lo han sido, concretamente el 66,7 frente al 43,4%. Otras características destacadas de los que más han oído hablar de estas unidades son: mujeres; personas de 35 a 64 años; con estudios elementales o superiores; ocupados en tareas del hogar o en profesiones de nivel medio-alto y alto; residentes en grandes poblaciones (> 100.000 habitantes). Por el contrario, los que menos conocen la existencia de las UD son: hombres; edad de 18 a 34 años; sin estudios o secundarios; estudiantes o desempleados; residentes en poblaciones pequeñas (< 10.000 habitantes)

De entre los que han oído hablar de las UD (el 53,8% de la población), solo el 4,6% afirma haber sido atendido en alguna de ellas (lo que representa el 2,5% del total de adultos andaluces). El resto contesta, mayoritariamente, que no ha sido atendido (83,9%) o que no procede que se le atienda en dichas unidades (11,5%). Sin embargo, los que padecen dolores crónicos y dijeron conocer la unidad, han sido atendidos en el 18,8% de las ocasiones.

Centrándonos en la submuestra que ha sido atendida, se observa que la mayoría de las derivaciones a la unidad las realizan los especialistas (56,7% de los casos) o, en su defecto, los médicos de cabecera (30%). El tiempo medio que se tarda en ser derivado a las UD es de 8,3 meses, si bien más de la mitad de los que han sido atendidos lo fueron en un plazo inferior a los 4 meses. Por último, el grado de satisfacción con la atención recibida en la unidad es del 70%, mientras que un 20% se muestra insatisfecho y el resto ni satisfecho ni insatisfecho.

A todos aquellos que dijeron haber oído hablar de las UD, y no optaron por la opción “no procede” cuando se les preguntó si habían sido atendidos alguna vez en alguna de ellas, se les consultó si habían tenido algún problema para que les derivaran a las mismas. Los que tienen o han tenido algún “problema” para que les deriven a estas unidades suponen el 13,1% de los casos.

Por último, la práctica totalidad de los que han oído hablar de las UD opina que estas unidades son necesarias (34,4%) o muy necesarias (62,5%). Tan solo el 0,8% no lo tiene tan claro y el 2,3% no supo qué contestar.

DISCUSIÓN

Los resultados de la encuesta indican que una tercera parte de la población andaluza sufre dolor o lo ha sufrido en el último mes, si bien casi dos tercios consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno. Los hombres manifiestan un mejor estado de salud que las mujeres. Se estima que el 15,5% de la población sufre un dolor de tipo crónico y el 18,3% presenta otro tipo de dolores; y su intensidad es

media o alta, con una puntuación media 5,4, en una escala de 1-10. Dos terceras partes de los dolores están localizados, y en el resto hay irradiación. Igualmente, dos terceras partes de los afectados sufren dolores continuos, mientras que el resto los califica como intermitentes aunque de larga duración. Los dolores principales de la población afectada se sitúan en la espalda, las piernas y las rodillas. También destacan los dolores por “todo el cuerpo” o multiorgánicos, la zona de los riñones o baja de la espalda y el cuello. El dolor más frecuente fue el de tipo reumatológico.

El principal impacto de los dolores sobre la calidad de vida se manifiesta en su efecto negativo sobre la realización de tareas habituales y el normal desarrollo de sus actividades personales vitales. El impacto, según los entrevistados, es menor sobre las relaciones con amigos y familiares. Otro efecto a tener en cuenta es el de las bajas laborales, reconocidas por el 21,8% de toda la población con dolor.

Casi la mitad de los andaluces mayores de 18 años han sido operados en alguna ocasión, con una media de 2 intervenciones. La intensidad del dolor postoperatorio fue predominantemente baja y a la mayoría de los intervenidos no les ha quedado ningún dolor residual. No existe consenso entre la población andaluza respecto a quién debería encargarse principalmente de tratar el dolor tras una operación.

Respecto a los diagnósticos, en primer lugar son realizados por especialistas y, en su defecto, por los médicos de cabecera. Casi la mitad de los pacientes visitaron al menos a dos profesionales sanitarios distintos para contrastar el diagnóstico recibido. Una cuarta parte de los afectados ha tenido que ir alguna vez a Urgencias del Hospital o Centro de Salud a causa de sus dolores, con una media de visitas durante el último año en 2,3 veces. Sin embargo, el tratamiento lo establecen mayoritariamente los médicos de cabecera. Por otra parte, el 16,8% de los que padecen dolor no acuden actualmente a ningún médico.

Los medicamentos orales prescritos por profesionales de la sanidad son utilizados por el 77,5% de la población que sufre algún tipo de dolor, mientras que los tratamientos o terapias complementarias distintas a dichos medicamentos son seguidos por el 15,8% de los afectados. Por otra parte, el 7,9% de estos reconocen que se automedican. Ahora bien, según los afectados que utilizan cada tipo de tratamiento, las terapias no orales se consideran algo más efectivas que los medicamentos orales. La mayoría de los pacientes tratados dicen estar satisfechos con los profesionales médicos o sanitarios que les tratan.

Por último, si bien más de la mitad de los andaluces ha oído hablar alguna vez de las UD, tan solo el 2,5% ha sido atendido alguna vez en dicha unidad. Ambas cifras aumentan entre los que padecen actualmente algún dolor, y en particular si el dolor es crónico. Con independencia de haber sido atendidos o no en estas UD, los que han oído hablar de ellas opinan que son necesarias o muy necesarias.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses en la elaboración de este trabajo

Limitaciones del estudio

El estudio muestra las limitaciones propias de la recogida de información telefónica tales como sesgos de cobertura y los propios de la aleatorización estratificada en entrevistas no presenciales así como de la ausencia de valoración clínica del dolor. Estos sesgos deben tenerse en cuenta en el diseño de futuros estudios y en la interpretación de los datos obtenidos.

CORRESPONDENCIA:

Jerónimo Herrera Silva
C/ Fernando Villalon 3-6º F
41004 Sevilla
Teléfono 680423628
e-mail: jherrerasilva@telefonica.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowsher D, Rigge M, Sopp L. Prevalence of chronic pain in the British population: a telephone survey of 1037 households. *Pain Clinic*. 1991;4:223-30.
2. Hillman M, Wright A, Rajaratnam G, et al. Prevalence of low back pain in the community: implications for service provision in Bradford, UK. *J. Epidemiol. Community Health*. 1996;50:347-52.
3. Leboeuf-Yde C, Klougart N, Lauritzen T. How common is low back pain in the Nordic population? Data from a recent study on a middle-aged general Danish population and four surveys previously conducted in the Nordic countries. *Spine*. 1996;21:1518-25.
4. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and wellbeing: a World Health Organization study in primary care. *J Am Med Assoc*. 1998;280:147-51.
5. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Schersten B. Musculoskeletal chronic pain in general practice. Studies of health care utilisation in comparison with pain prevalence. *Scand Prim Health Care*. 1999;17:87-92.
6. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106:1149-55.
7. Elliott AM, Smith BH, Hannaford PC et al. The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study. *Pain*. 2002;99:299-307.
8. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287-333.
9. Langley PC. The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Curr Med Res Opin*. 2011;27 463-80.
10. Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain*. 2 ed. Seattle: International Association for the Study of Pain; 1994.
11. Turk DC, Okifuji A. Pain terms and taxonomies of pain. In: Bonica JJ, Loeser JD, Chapman CR, Turk DC, Butler SH (editors). *Bonica's management of pain*. Hagerstown, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.