

Prevalencia, intensidad de dolor crónico y autopercepción de la salud entre ancianos: estudio de base poblacional¹

Lilian Varanda Pereira²

Patrícia Pereira de Vasconcelos³

Layz Alves Ferreira Souza⁴

Gilberto de Araújo Pereira⁵

Adélia Yaeko Kyosen Nakatani⁶

Maria Márcia Bachion⁷

Objetivo: identificar la prevalencia y la intensidad de dolor crónico entre ancianos de la comunidad y analizar asociaciones con la autopercepción del estado de salud. Método: estudio transversal, con muestra poblacional (n=934), realizado por medio de entrevista domiciliar, en la ciudad de Goiânia, Brasil. La intensidad de dolor crónico (existente hace 6 meses o más) fue medida por medio de escala numérica (0-10) y la autopercepción de la salud por medio de escala verbal (muy buena, buena, regular, mala, muy mala). Para el análisis estadístico se utilizó la frecuencia absoluta y los porcentajes, IC(95%), la prueba del Chi-cuadrado, Odds ratio y el análisis de regresión. Significación de 5%. Resultados: la prevalencia de dolor crónico fue de 52,8% [IC(95%):49,4-56,1]; localizado con mayor frecuencia en miembros inferiores (34,5%) y región lumbar (29,5%); intensidad fuerte o peor posible para 54,6% de los ancianos. La ocurrencia de dolor crónico se asoció ($p < 0,0001$) a peor autopercepción de la salud (OR=4,2:2,5-7,0), número de enfermedades crónicas (OR=1,8:1,2-2,7), enfermedad de las articulaciones (OR=3,5:2,4-5,1) y sexo femenino (OR=2,3:1,7-3,0). La menor intensidad de dolor crónico se asoció a mejor autopercepción de la salud ($p < 0,0001$). Conclusión: la mayoría de los ancianos de la comunidad relata dolor crónico, de elevada intensidad, y localizado en regiones relacionadas a las actividades de locomoción, pudiendo influenciar en la morbimortalidad de esa población.

Descriptores: Anciano; Dimensión del Dolor; Dolor Crónico; Autoevaluación.

¹ Apoyo financeiro de la Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

³ MSc, Enfermera.

⁴ MSc, Enfermera, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. Enfermera, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

⁷ PhD, Profesor Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Correspondencia:

Lilian Varanda Pereira
Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem e Nutrição
Rua 227, Qd. 68, s/n
Setor Leste Universitário
CEP: 74605-080, Goiânia, GO, Brasil
E-mail: lilianvaranda7@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC).

Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El envejecimiento de la población mundial viene acompañado de creciente prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas⁽¹⁾ y, consecuentemente, de mayor incidencia de dolor e incapacidad⁽²⁻³⁾.

Estudios nacionales e internacionales muestran que la prevalencia de dolor crónico entre ancianos de la comunidad varía de 29,7% a 89,9%⁽⁴⁻⁸⁾. Frecuentemente localizado en los miembros inferiores y superiores, espalda (región lumbar), cuello y articulaciones, además de rostro, abdomen, rodilla, cadera, tórax y recto^(4-5,8-9), ese dolor ha sido relatado con intensidad moderada/intensa⁽⁴⁻⁵⁾.

En la población anciana, se encontró relación entre la ocurrencia⁽¹⁰⁾, la intensidad elevada y el tiempo prolongado de convivencia con dolor crónico⁽¹¹⁾ y peor autopercepción del estado de salud, corroborando hallazgos de un estudio realizado en Canadá⁽¹²⁾, en el cual la persona anciana relató peor autopercepción de la salud en la presencia de dolor. Entre tanto, estudios con enfoque en esa temática son escasos, especialmente cuando se trata del escenario brasileño de la vejez.

Además, el estudio de los factores que influyen en las condiciones de salud en la población anciana, como el dolor crónico, puede indicar estrategias para intervención y planificación de acciones que promuevan el bienestar y, adicionalmente, permitan evaluar el impacto de las intervenciones en la salud y en la calidad de vida de los longevos.

El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia y la intensidad de dolor crónico y analizar asociaciones entre esas variables con la autopercepción del estado de salud entre ancianos de la comunidad.

Método

Se trata de estudio de base poblacional, de tipo corte transversal, recorte de investigación epidemiológica, realizada por la Red de Vigilancia de la Salud del Anciano (REVISI), en 2010, en la ciudad de Goiania, estado de Goiás, Brasil.

La muestra mínima necesaria de la población de ancianos (individuos con 60 años o más, que es la edad establecida para el anciano en el Brasil, de acuerdo con la Ley nº 8.842 de 4 de enero de 1996) de Goiania (7% de la población total: 1.249.645 – año base 2007) fue calculada considerando que la estimativa de la prevalencia de dolor en la población tuviese un nivel de confianza de 95%, prevalencia esperada de 30%, precisión absoluta de 5%, DEEF de 1,8 y aumento de 11% para las pérdidas. La muestra representativa de la población de ancianos

residentes en la zona urbana de Goiania se constituyó de 834 individuos.

El concepto de residir en el domicilio fue "dormir en la residencia por más de cuatro días por semana". Fueron excluidos aquellos que residiendo en el domicilio no fueron encontrados después de tres intentos de visitas del observador, o aquellos que alcanzaron puntajes <13 en la evaluación de la capacidad cognitiva por medio del Mini Examen del Estado Mental (MEEM)⁽¹³⁾, lo que totalizó 872 ancianos.

El área geográfica del estudio fue definida con base en los sectores del censo (SC) y, para la delimitación de esos sectores, fueron utilizados mapas de campos y memorial descriptivo informados por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). El Mapa urbano básico digital de Goiania (MUBDG), concluido en 1996, fue facilitado por la COMDATA – institución municipal responsable por la construcción de la malla digital de la ciudad. Ese mapa fue utilizado en la digitalización de los 1.068 sectores del censo. De ese total, los 912 SC, estrictamente urbanos, fueron utilizados para localización de los ancianos.

El promedio de población por SC fue de 980 individuos y, considerando 7% de la población compuesta por ancianos, fueron 16,3 ancianos por SC, siendo necesarios 56 SC, sorteados aleatoriamente, entre los 912. El sorteo fue hecho por medio de una tabla de números aleatorios creada en sistema electrónico de tipo aleatorio. De los 934 ancianos de la muestra aleatoria, 9 (nueve) fueron excluidos por alcanzar puntajes <13 en el MEEM, y 53 fueron considerados casos de pérdidas, por necesitar de ayuda para llenar el cuestionario o por no haber llenado las preguntas sobre evaluación del dolor. Así, participaron de este recorte 872 ancianos.

Para cada CS, fue sorteada la primera cuadra y en su esquina fue en donde se inicio la recolección de datos. A partir de la esquina sorteada, la primera residencia fue visitada, excluyendo cualquier inmueble que no fuese residencial. Para cada SC sorteado, y a partir de la cuadra definida, fueron visitados los domicilios hasta completar 17 ancianos.

Los datos fueron recolectados del propio anciano, en su domicilio, por personas debidamente entrenadas. Después de la identificación del entrevistador, fueron orientados sobre los objetivos del estudio, métodos de la investigación, riesgos/beneficios, garantía de anonimato y confidencialidad de los datos. Los ancianos que atendieron los criterios de inclusión fueron convidados a participar de la investigación y, para aquellos que aceptaron, fue leído el Término de Consentimiento Libre e Informado, en dos copias. Después, se aplicó el cuestionario

compuesto por 12 secciones (identificación, perfil social, cuidador, salud general y antecedentes familiares, con verificación de la presión arterial y registro del peso y altura referidos, hábitos de vida, evaluación de dolor, síntomas respiratorios, evaluación funcional, calidad de vida, fragilidad, caídas, acceso a servicios de salud y Mini Examen del Estado Mental).

La variable de resultado de este recorte fue dolor crónico (existente hace seis meses o más⁽¹⁴⁾). Se midió el principal dolor, o sea, aquel que más incomodaba al anciano, sentido en los siete días que antecedieron a la entrevista. Para medir su intensidad, fue utilizada la escala numérica (0-10), en que cero=sin dolor; 1,2,3 y 4=dolor leve; 5 y 6=dolor moderado; 7,8 y 9=dolor fuerte y 10=peor dolor posible. Variables de exposición: autopercepción del estado de salud (evaluada por medio de una escala verbal ("muy buena", "buena", "regular", "mala", "muy mala"; sexo (femenino/masculino); y edad por intervalo de edad (60-69 años=jóvenes ancianos; 70-79 años=ancianos; 80 años y más=muy ancianos); número y tipo de enfermedades crónicas autorreferidas

Otras variables, como estado civil (casado, soltero, viudo y divorciado); escolaridad (analfabeto, primaria, enseñanza media, enseñanza superior); condición laboral (trabaja, no trabaja), vive solo (si/no), fueron recolectadas para caracterización de la muestra.

El proyecto de la REVISI fue aprobado por el comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Goiás, protocolo nº 050/2009, y financiado por la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de Goiás - Orden No. 001/2007. Todos los ancianos de este estudio firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado.

Los datos fueron analizados por frecuencias absolutas y porcentajes. Las asociaciones entre las variables de interés fueron evaluadas a partir de la prueba Chi-cuadrado, *Odds Ratio* y análisis de regresión. El nivel de significación para todas las pruebas fue de 5%.

Resultados

Entre los 872 ancianos que participaron de este estudio, prevaleció el sexo femenino (62,3%), edad entre 60 y 69 años (50,1%), casados (50,3%), con nivel de escolaridad primaria (48,6%), vivían acompañados (86,8%) y no trabajaban (79,8%). (Tabla 1).

En lo que se refiere a las características clínicas, 45,4% de los ancianos relataron salud "muy buena" o "buena" y 10,4% "mala" o "muy mala". Cincuenta vírgula dos por ciento (50,2%) mencionaron dos o más enfermedades; la presencia de hipertensión arterial fue relatada por 73,8%.

Tabla 1 - Características socioeconómicas y demográficas de los ancianos. Goiania, GO, Brasil, 2010

Variables	Ancianos	
	n	%
Género (872)		
Masculino	329	37,7
Femenino	543	62,3
Edad (872)		
60-69 años	437	50,1
70-79 años	286	32,8
80 años o más	149	17,1
Estado civil (867)		
Casado	436	50,3
Soltero	80	9,2
Viudo	271	31,3
Separado	80	9,2
Escolaridad (869)		
Analfabeto	168	19,3
Primaria	422	48,6
Enseñanza media	197	22,7
Enseñanza superior	82	9,4
Vive solo (n=866)		
Si	114	13,2
No	752	86,8
Trabaja		
Si	172	20,2
No	680	79,8

La prevalencia de dolor crónico fue de 52,8% [IC(95%): 49,4%-56,1%]. Entre los individuos con dolor crónico (n=460), 49,6% refirieron sentirlo en local único y 15,1% en más que tres locales (Tabla 2). El dolor se localizó con mayor frecuencia en los miembros inferiores (34,5%), región lumbar (29,5%), cabeza/rostro/cuello (16,2%) y hombros/miembros superiores (10,0%). En lo que se refiere a la intensidad, 42,1% refirieron dolor fuerte, 25,9% moderado, 19,4% leve y 12,6% consideraron sentir el peor dolor posible.

La presencia de dolor crónico estuvo significativamente asociada con peor autopercepción sobre el estado de salud ($\chi^2=46,9$, $p<0,0001$), mayor cantidad de enfermedades crónicas existentes ($\chi^2=51,4$, $p<0,0001$), presencia de enfermedad de las articulaciones ($\chi^2=51,6$, $p<0,0001$), y al sexo femenino ($\chi^2=33,9$, $p<0,0001$). En lo que se refiere a la autopercepción del estado de salud, aquellos que percibieron negativamente su salud ("mala o muy mala") presentaron mayor probabilidad de relatar dolor crónico que aquellos con autopercepción de la salud "muy buena o buena" (OR=4,2; 2,5-7,0), conforme evidenciado en la Tabla 3.

Frente al número de enfermedades crónicas, el haber referido una enfermedad aumentó la probabilidad de relato

positivo de dolor crónico en casi dos veces (OR=1,8; 1,2-2,7). Esa probabilidad fue tres veces mayor para los ancianos que refirieron enfermedad de las articulaciones (OR=3,5; 2,4-5,1). Adicionado a eso, considerando el sexo, ser del femenino, aumentó la probabilidad de relato de dolor crónico en dos veces (OR=2,3; 1,7-3,0) (Tabla 3).

El análisis de la relación entre autopercepción de la salud y presencia de dolor crónico, separadamente, para los sexos femenino y masculino mostró que, entre las mujeres (n=319) 45,8% (97\212), 68,4% (167\244) y 83,3% (55\66) percibieron su salud como "muy buena/buena", "regular" y "mala/muy mala", respectivamente. Entre los hombres (n=130), esas proporciones fueron 36,3% (n=61\168), 46,8% (n=59\126) y 47,6% (n=10\21), respectivamente. La autopercepción de salud y la presencia de dolor crónico se asociaron significativamente al sexo femenino ($\chi^2=41,6$; $p<0,0001$) acompañando el análisis general; en el masculino, sin embargo, esa asociación no se mostró significativa ($\chi^2=3,7$; $p=0,1604$).

Entre las mujeres, la probabilidad de evaluar la salud como "moderada" fue 2,6 veces mayor cuando comparada con la evaluación "muy buena y buena" (OR=2,6:1,7-3,8); y casi seis veces mayor cuando la evaluación fue para salud "mala y muy mala" (OR=5,9: 2,9-12,0). Entre los hombres, esas probabilidades fueron menores (OR=1,5:0,9-2,5 para "moderada" y 1,6:0,6-3,9 para "mala y muy mala").

En la Tabla 4, se observa que la autopercepción de la salud estuvo asociada con mayor intensidad de dolor crónico ($\chi^2=72,9$; $p<0,0001$).

Tabla 2 - Características clínicas de los ancianos. Goiania, GO, Brasil, 2010

Variables	Ancianos	
	n	%
Autopercepción de la salud (n=837)		
Muy buena/Buena	380	45,4
Regular	370	44,2
Mala/Muy mala	87	10,4
Número de enfermedades crónicas (n=872)		
Ninguna	162	18,6
Una	272	31,2
Dos o más	438	50,2
Enfermedades Crónicas (n=710)*		
Hipertensión arterial	524	73,8
Enfermedad de las articulaciones	189	26,6
Diabetes	161	22,7
DPOC	129	18,2
IAM	51	7,2
Dolor Crónico (n=872)		
Si	460	52,8
No	412	47,2
Locales de dolor (n=460)†		
Uno	228	49,6
Dos	88	19,1
Tres	70	15,2
Cuatro o más	74	16,1
Intensidad del Dolor (n=428)‡		
Leve	83	19,4
Moderado	111	25,9
Fuerte	180	42,1
Peor posible	54	12,6

*Múltiple respuesta, porcentaje calculado sobre los que refirieron tener una o más enfermedades crónicas

†Porcentaje calculado sobre los que refirieron sentir dolor crónico

‡32 ancianos con dolor crónico no refirieron intensidad de dolor por no haberla sentido en los últimos 7 días

Tabla 3 - Características clínicas según relatos de dolor crónico. Goiania, GO, Brasil, 2010

Características	Dolor crónico				Odds Ratio		χ^2	p
	Si		No		OR	IC(95%)		
	n	%	n	%				
Autopercepción de salud* (n=837)								
Muy buena/Buena	158	41,6	222	58,4	1,0	-	46,9	<0,0001
Regular	226	61,1	144	38,9	2,2	1,9-3,0		
Mala/Muy mala	65	74,7	22	25,3	4,2	2,5-7,0		
Cantidad de enfermedades crónicas (n=872)								
Ninguna	53	32,7	109	67,3	1,0		51,4	<0,0001
Una	128	47,1	144	52,9	1,8	1,2-2,7		
Dos o más	279	63,7	159	36,3	4,2	2,9-6,2		
Enfermedad articulaciones (n=854)								
No	307	46,2	358	53,8	1,0		51,6	<0,0001
Si	142	75,1	47	24,9	3,5	2,4-5,1		
Género (n=872)								
Masculino	132	40,1	197	59,9	1,0		33,9	<0,0001
Femenino	328	60,4	215	39,6	2,3	1,7-3,0		

*Once (11) sujetos no respondieron sobre la autopercepción de la salud y enfermedad de las articulaciones

Tabla 4 - Autopercepción de la salud según la intensidad de dolor crónico. Goiania, GO, Brasil, 2010

Autopercepción de salud	Intensidad del Dolor (n=419)*							
	Leve		Moderado		Fuerte		Peor dolor	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy buena/Buena	49	34,0	44	39,6	45	31,3	6	4,2
Regular	30	13,6	56	26,1	99	46,1	30	14,0
Mala/Muy mala	3	5,0	9	15,0	31	51,7	17	28,3

*41 ancianos con dolor crónico no relataron dolor en los últimos 7 días; $\chi^2=56,5$; $p<0,0001$

Además sobre la intensidad de dolor crónico y la autopercepción de salud, el análisis de regresión (Figura 1) mostró que, cuando los puntajes de dolor, atribuidos

por medio de la escala numérica (0-10), fueron menores, indicando dolores menos intensos, los ancianos evaluaron mejor su salud.

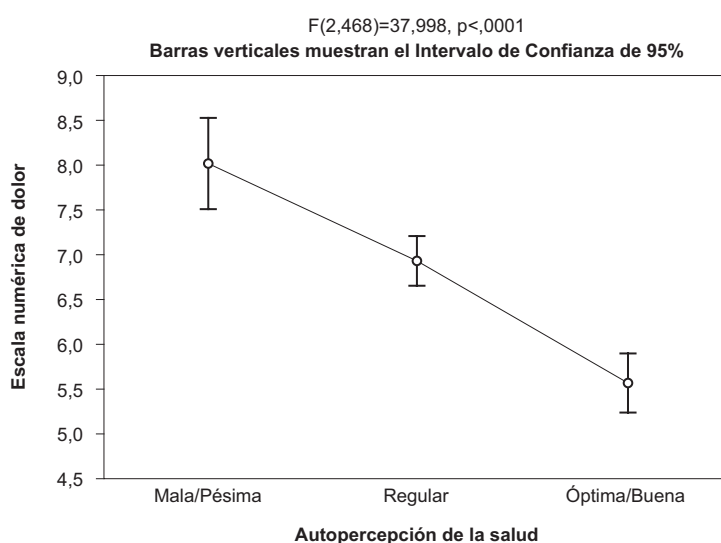


Figura 1 - Escala numérica de dolor (0-10) en relación a la autopercepción de la salud (Mala/Pésima x Regular: $p=0,008$; Mala/Pésima x Óptima/Buena: $p<0,0001$; Regular x Óptima/Buena: $p<0,0001$). Goiania, GO, Brasil, 2010

Discusión

Algunos estudios^(4-9,15) mostraron que la prevalencia de dolor crónico puede variar de 29,7% a 89,9%. Esa variación puede ser resultado de la influencia de factores que incluyen la definición del tiempo establecido para la clasificación del dolor como crónico, diferencias sociodemográficas regionales, metodología empleada para obtención de los datos y variaciones entre los instrumentos de recolección de datos empleados⁽¹⁶⁾.

Delante de la extensión del problema de dolor crónico, los hallazgos de este estudio corroboraron los resultados de investigaciones nacionales e internacionales, apuntando elevada proporción de quejas dolorosas entre los ancianos de la comunidad, lo que puede significar sufrimiento prolongado, a veces ignorado y subtratado.

Estudios transversales⁽⁴⁻⁵⁾, realizados en Brasil con muestras poblacionales, conducidos por medio de entrevista domiciliar y caracterización temporal de dolor crónico como aquel existente hace seis meses o más, mostraron prevalencia de dolor crónico semejante (51,7%) al del presente estudio entre los 451 ancianos de Londrina, PR, e inferior (29,7%) entre 1.271 ancianos de la ciudad de Sao Paulo, SP. En ese sentido, se apunta la necesidad de realizar nuevas investigaciones con muestras representativas de la población anciana, en otras regiones de Brasil, con el objetivo de identificar la extensión de la prevalencia de dolor crónico en ese grupo etario y de factores regionales que pueden proteger o exponer a los ancianos a la experiencia de dolor persistente.

La mayor representatividad de las mujeres corrobora los hallazgos de investigaciones conducidas

con la población anciana^(4,15-16), apuntando la feminización de la vejez.

La intensidad del dolor crónico fue elevada (*dolor fuerte y peor posible* para 54,6% de los ancianos), como también lo mostraron otros estudios^(4,15-16), cuyas proporciones de dolor intenso alcanzaron más de 50,0%. En España⁽¹⁷⁾, la prevalencia de intensidad moderada a fuerte fue de 86,4%; En Brasil⁽⁴⁾, llegó a 45,8% de dolor moderado y 46,0% de dolor fuerte y muy fuerte – entre esos la mitad refirió dolor diario.

A pesar de que la mayoría de los instrumentos de medida utilizados en los diferentes estudios estuvo en nivel ordinal de medida, las categorías frecuentemente presentadas durante los juzgamientos varían, dificultando comparaciones. La literatura apunta falta de estandarización en el uso de escalas para medida de la intensidad de dolor e, inclusive cuando son semejantes, como en el caso de la escala numérica (0-10), muchas veces el rango de los puntajes que caracterizan la intensidad como “leve”, “moderada”, “fuerte” y “peor dolor posible” no es el mismo. Ese hecho adiciona limitación a las medidas subjetivas de dolor al asegurar que dolor leve, moderado y grave son categorías semejantes para los diferentes grupos poblacionales⁽¹⁶⁾.

Intensidad moderada, fuerte y muy fuerte de dolor fue mencionada por gran parte de los ancianos que relataron dolor^(4,15), señalando la importancia de la medida en el proceso de evaluación global del anciano. Dolores intensos tienden a causar más incapacidades, perjudican la calidad de vida, reducen la convivencia social y aumentan los perjuicios en las relaciones y en las actividades de diversión.

De la misma manera que lo encontrado en el presente estudio, existen relatos de convivencia diaria con dolor crónico, inclusive entre aquellos con dolores en miembros inferiores y en las espalda, locales directamente relacionados a actividades de locomoción^(4-6,9,18). Las enfermedades crónicas generan dolor que puede ser referido en locales que interfieren en la autonomía e independencia, imponiendo limitación funcional. Un estudio transversal con una población de ancianos⁽⁸⁾ reveló que algunos locales de dolor disminuyen con el avance de la edad (cabeza) y otros se tornan más frecuentes (pies, cadera y rodilla). La revisión de la literatura⁽¹⁹⁾ encontró la presencia de lumbago con el avance de la edad, especialmente en las mujeres. En Minas Gerais⁽²⁰⁾, los autores encontraron gran incidencia de dolor en las articulaciones de soporte, que sugieren enfermedades reumáticas del tipo osteodegenerativas, consideradas como las principales causas de dolor en la población evaluada. Se destaca que con el surgimiento de las fallas

orgánicas en la tercera edad, más específicamente en el sistema osteomuscular, el proceso de envejecimiento contribuye para el surgimiento de enfermedades crónico-degenerativas y, en este caso, los miembros inferiores agregan un gran porcentaje de estas condiciones clínicas descritas⁽⁸⁾.

El dolor puede ser considerado como una de las situaciones más incómodas y causante de desesperación que afectan al ser humano y se constituye en un problema importante en la vida de los ancianos⁽²¹⁾. En Toronto, Canadá, el dolor por un período prolongado y de intensidad elevada estuvo asociado con una peor autopercepción de la salud⁽¹¹⁾, como también observado en el presente estudio. De manera semejante, en Sao Paulo, Brasil⁽²²⁾, el dolor estuvo asociado significativamente con una peor autopercepción de la salud. En Finlandia⁽²³⁾, un investigación mostró fuerte asociación entre autopercepción de la salud y dolor crónico, independientemente de enfermedades crónicas, del género o edad.

Hubo asociación significativa entre autopercepción de la salud y dolor crónico entre las mujeres de este estudio pero no entre los hombres. Una investigación indica que los hombres evalúan peor su salud cuando están en mayor riesgo de ser afectados por un evento fatal⁽²⁴⁾. Se supone que, en virtud de que la expectativa de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, aumentan su probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas y degenerativas y dolor y acaban evaluando más negativamente su salud, por asociarla a pérdidas en la calidad de vida.

En Canadá, el dolor prolongado y de intensidad elevada fue asociado con peor autopercepción de salud⁽¹¹⁾, así como en el presente estudio. En Finlandia⁽²³⁾, la prevalencia de salud regular fue de 38,1% entre ancianos que relataron dolor una vez por semana (para 46,0% el dolor era diario o continuo), y de salud mala fue de 5,1% entre aquellos que refirieron dolor una vez por semana (para 31,7% de estos el dolor era diario o continuo). Las proporciones aumentaron con la mayor frecuencia de relatos de dolor más intenso.

Alcanzar el control del dolor es un derecho de la población en general y también de la persona anciana^(4,11,21). Las constantes quejas dolorosas, asociadas a peor autopercepción de la salud, alertan para la necesidad de realizar investigaciones longitudinales, que estudien la influencia del dolor persistente en la mortalidad y morbilidad de los ancianos. En este sentido, es fundamental que el dolor crónico sea evaluado y medido como rutina en los servicios de salud y que todo el equipo sea capacitado para intervenir o encaminar para tratamiento especializado⁽²⁵⁾.

Para esto, los profesionales de la salud deben recibir una preparación adecuada, desde la enseñanza de graduación, para realizar evaluación de la ocurrencia del dolor, en la población en general, a lo largo del ciclo vital, y, dentro de sus competencias, deben ser preparados para intervenir, utilizando la diversidad de abordajes disponibles para actuar de modo interdisciplinar.

El estudio tuvo como limitación el hecho de estar inserido en una investigación mayor, en la cual fueron investigados varios resultados y no específicamente el dolor crónico, lo que no permitió profundizarse en ese aspecto en la investigación de origen. Sin embargo, los datos obtenidos en la muestra representativa de la población anciana, de la metrópolis brasileña investigada, representan una importante contribución, presentando la situación de la población anciana de la comunidad frente a la experiencia dolorosa persistente.

Una limitación del estudio es que fueron evaluados apenas ancianos con puntaje como mínimo >13, y que estaban en condiciones de escuchar y hablar, lo que deja al margen individuos con demencia grave, sordera severa de déficit de lenguaje, limitando la generalización de los resultados para ese grupo de la población.

Conclusión

La mayoría (52,7%) de los ancianos de la comunidad sufre de dolor crónico, de elevada intensidad (54,6%), en regiones (miembros inferiores, región lumbar, cabeza/rostro/cuello, hombros/miembros superiores) que pueden comprometer las actividades de locomoción, y demás actividades funcionales de vida diaria, imponiendo incapacidad y pérdida en la calidad de vida.

Eso implica en una revisión de paradigmas de abordaje de enfermedades crónicas no transmisibles, además del control de la enfermedad o de su tratamiento propiamente dicho, con administración del dolor por el equipo multiprofesional. También, se debe evaluar el impacto del dolor en la adhesión al tratamiento, una vez que la ocurrencia dolorosa puede interferir en la realización de actividades físicas y ejercicios, generalmente recomendados para control de enfermedades como diabetes, hipertensión, obesidad, dislipidemia, entre otras.

La asociación entre ocurrencia de dolor crónico y percepción de salud mala o muy mala entre los ancianos, aliado a la asociación entre puntajes de intensidad menores de dolor con la mejor percepción de salud, apuntan la importancia de incluir, en la evaluación global del anciano, la medida de la experiencia dolorosa, buscando adecuada manutención, sustitución o complementación de la

terapéutica analgésica y mayor impacto en la reducción de la morbimortalidad en esa población.

Referencias

1. Silva EF, Paniz VMV, Laste V, Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ci Saúde Coletiva*. 2013;18(4):1029-40.
2. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Association of chronic diseases and impairments with disability in older adults: a decade of change? *Med Care*. 2012;50(6):501-7.
3. Santos AMB, Burti JS, Lopes JB, Scazufca M, Marques AP, Pereira RM. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community-dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. *Maturitas*. 2010;67:251-5.
4. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saúde Pública*. 2013;29(2):325-34.
5. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:1151-60.
6. Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr. Gerontol*. 2009; 2(3):345-59.
7. Miró J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R, et al. Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *Eur J Pain*. 2007;11(1):83-92.
8. Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*. 2004;110(1-2):361-8.
9. Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN, et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Méd Bras*. 2008;54:36-41.
10. Reyes-Gibby CC, Aday L, Cleeland C. Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. *Pain*. 2002;95:75-82.
11. Perruccio AV, Badley EM, Hogg-Johnson S, Davis AM. Characterizing self-rated health during a period of changing health status. *Soc Sci Med*. 2010;71:1636-43.
12. Perruccio AV, Power JD, Badley EM. Arthritis onset and worsening self-rated health: a longitudinal evaluation of the role of pain and activity limitations. *Arthritis Rheum*. 2005;53(4):571-7.

13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.* 1975;12(3):189-98.
14. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of sexuality e sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disabil Rehabil.* 1998;20(9):317-29.
15. Díaz RC, Marulanda FM, Sáenz X. Estudio epidemiológico del dolor crónica en Caldas, Colombia (Estudio Dolca). *Acta Méd Colomb.* 2009;34(3):96-102.
16. Watkins EA, Phil D, Wollan PC, Melton LJ, Yawn BP. A population in pain: report from the Olmsted County Health Study. *Pain Med.* 2008;9(2):166-74.
17. Vallano A, Malouf J, Payrulet P, Baños JE. Prevalence of pain in adults admitted to Catalan hospitals: A cross-sectional study. *Eur J Pain.* 2006;10(8):721-31.
18. Yu H, Tang F, Kuo BI, Yu S. Prevalence, interference, and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. *Pain Manage Nurs.* 2006;7(1):2-11.
19. Maraschin R, Vieira PS, Leguisamo CP, Dal'Vesco F, Santi JP. Dor lombar crônica e dor nos membros inferiores em idosos: etiologia em revisão. *Fisioter Mov.* 2010;23(4):627-39.
20. Oliveira CM, Carvalho DV, Matos SS, Soares SM, Malheiros JA, Arantes AA Junior. Dor em idosos hospitalizados com comprometimento osteomuscular. *Rev Méd Minas Gerais.* 2013;23(1):33-8.
21. Souza LAF, Pessoa APC, Barbosa MA, Pereira LV. O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):187-95.
22. Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med.* 2007;86(1):28-38.
23. Mantyselka PT, Turumen JHO, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA.* 2003;290(18):2435-42.
24. Idler EL. Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *Gerontologist.* 2003;43(3):372-5.
25. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Pain measurement in the elderly: a review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006;14(2):271-6.