

Artículo original

Factores asociados a la calidad de vida en adultos con dolor crónico musculoesquelético

Factors associated with the quality of life of adults with chronic musculoskeletal pain

 Alexandra Fuenmayor Castaño¹,  Sergio Andrés Taborda Holguín²

¹Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Maestría en Manejo Clínico del Dolor, Universidad de Salamanca; Instituto Neurológico de Colombia (INDEC), Medellín, Colombia.

²Especialista en Neurología; Instituto Neurológico de Colombia (INDEC), Medellín, Colombia.

Resumen

Introducción. Se estima que una de cada cinco personas en el mundo sufre de dolor crónico y que el dolor musculoesquelético crónico (DMC) es la principal causa de dolor y discapacidad en la sociedad occidental.

Objetivo. Analizar las características sociodemográficas, clínicas y funcionales que influyen en la calidad de vida (CV) de las personas con diagnóstico de DMC.

Métodos. Estudio descriptivo observacional de corte transversal realizado en 101 pacientes con DMC. Se realizó prueba funcional con medición de la prueba de marcha de los 6 minutos, medición de la CV (cuestionario SF-36) y evaluación de la discapacidad (test WHODAS II) y de síntomas de depresión (cuestionario PHQ-9). Se describen características demográficas, clínicas y del estilo de vida.

Resultados. El motivo de consulta más frecuente fue lumbalgia (35,6%), pero también se documentó sensibilización central (36,6%) y comorbilidades metabólicas (34,7%) y cardiovasculares (7,8%). El 90% de los pacientes eran sedentarios y el 53,5% obtuvo un desempeño menor a 350 metros en la prueba de marcha de los 6 minutos, o esta debió suspenderse por dolor. En relación con el cuestionario SF-36, las dimensiones relacionadas con mejor CV fueron género femenino, edad entre 34 y 64 años, estado civil casado, estratos socioeconómicos bajo y medio, residencia en zona urbana, nivel educativo secundaria, situación laboral activa, sobrepeso y no consumo de tóxicos.

Conclusiones. El DMC menoscaba la CV de una manera más amplia que el dolor agudo. Según los resultados encontrados, existe relación entre los estilos de vida no saludables y una mala CV; lo anterior es un campo de profundización para nuevos estudios hacia promoción de hábitos saludables, manejo de las emociones y fortalecimiento de habilidades sociales por equipos multidisciplinarios como estrategia de prevención del DMC.

Palabras clave. Dolor crónico, dolor musculoesquelético, calidad de vida, actividad física.



Citación: Fuenmayor Castaño A, Taborda Holguín SA. Factores asociados a la calidad de vida en adultos con dolor crónico musculoesquelético. Rev Col Med Fis Rehab.2022;32(2):165-180. <https://doi.org/10.28957/rmf.345>

Correspondencia. Alexandra Fuenmayor Castaño. Correo electrónico: alexandra.fuenmayor@neurologico.org.co

Recibido. 30.03.22 - **Aceptado.** 18.10.22.

ISSN impreso. 0121-0041. **ISSN electrónico.** 2256-5655.

Abstract

Introduction. It is estimated that one in five people in the world suffer from chronic pain and that chronic musculoskeletal pain (CMP) is the leading cause of pain and disability in Western society.

Objective. To analyze the sociodemographic, clinical and functional characteristics that influence the quality of life (QoL) of people with a diagnosis of CMP.

Methods. Descriptive, observational, cross-sectional study conducted in 101 patients with CMP. Functional testing was performed with measurement of the 6-minute walk test, QoL (SF-36 questionnaire), and assessment of disability (WHODAS II test) and symptoms of depression (PHQ-9 questionnaire). Demographic, clinical, and lifestyle characteristics are described.

Results. The most frequent reason for consultation was low back pain (35.6%), but central sensitization (36.6%) and metabolic (34.7%) and cardiovascular (7.8%) comorbidities were also documented. 90% of the patients were sedentary and 53.5% obtained a performance of less than 350 meters in the 6-minute walk test, or the test had to be suspended due to pain. In relation to the SF-36 questionnaire, the dimensions related to better QoL were female gender, age between 34 and 64 years, marital status: married, low and medium socioeconomic strata, residence in an urban area, secondary education level, active employment status, overweight and no consumption of toxic substances.

Conclusions. CMP undermines QoL in a broader way than acute pain. According to the results found, there is a relationship between unhealthy lifestyles and a poor QoL; the foregoing is a field of deepening for new studies towards the promotion of healthy habits, management of emotions and strengthening of social skills by multidisciplinary teams as a strategy for the prevention of CMP.

Keywords. Chronic pain, musculoskeletal pain, quality of life, physical activity.



Introducción

El dolor, que es el principal motivo de consulta médica, representa un antiguo dilema antropológico y en la actualidad es reconocido como un problema mundial de salud pública que genera altos costos sociales y económicos. El dolor que persiste después de la curación o que existe en ausencia de daño tisular se denomina dolor crónico y puede definirse como una enfermedad, en sí misma, cuya duración supera los tres a seis meses¹.

Una comprensión completa de los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la estimulación nociceptiva y la sensibilización central es un paso importante para mejorar los enfoques del dolor musculoesquelético. En este contexto, la relación bidireccional entre las células inmunes y las neuronas involucradas en la nocicepción podría representar un punto clave en la comprensión de estos mecanismos².

Según la fisiopatología, el dolor puede ser clasificado como somático o neuropático; sin embargo, en 2017 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor sugirió adicionar el

término “nociplástico” como un tercer descriptor del dolor mecánico, además del dolor nociceptivo y neuropático. Para entender esta clasificación es importante tener clara la definición de dolor, el cual, según Kosek *et al.*³, surge de una nocicepción alterada a pesar de que no hay evidencia clara de daño tisular real o potencial que cause la activación de los nociceptores periféricos ni existe evidencia de enfermedad o lesión del sistema somatosensorial que causa el dolor.

La meta de la atención en salud ya no solo está orientada a la eliminación de la enfermedad, sino que presta esencial atención a la mejora de la calidad de vida (CV) de los pacientes. Por tanto, el estudio de los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en su CV y encarar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.

Se ha estimado que una de cada cinco personas en el mundo sufre dolor crónico⁴, pero además se ha establecido que el dolor musculoesquelético crónico (DMC) es la

principal causa de dolor y discapacidad en la sociedad occidental, pues afecta hasta al 20% de los adultos⁵ y se prevé que este porcentaje aumente en más de 50% para 2050⁶. En Estados Unidos, 50 millones de personas padecen de dolor crónico diario, de las cuales el 38% informa frecuentemente limitación para realizar las actividades de la vida diaria o las laborales⁷. Por su parte, en Europa se estimó que el 19% de la población reportó dolor de intensidad moderada a severa, y que muchas de estas personas no recibieron atención médica adecuada⁸.

En América Latina, los rangos de prevalencia de dolor crónico se han descrito entre el 16% y el 40%⁹, y en Colombia, la encuesta colombiana de dolor publicada en 2014 por la ACED (Asociación Colombiana para Estudio del Dolor)¹⁰ reportó una prevalencia de dolor crónico del 47% en la población encuestada; de estas personas, en el 64,5% las causas de dolor estuvieron relacionados con el aparato osteomuscular, y el 23% tenían dolor craneofacial; el 7%, dolor abdominal, y el 3%, dolor de pecho y de tórax. Estas dolencias afectaron varios aspectos de la vida: la mayoría de los pacientes informaron que fueron afectados en su trabajo (36%), sus emociones (34%), su rutina de sueño (33%), su vida social (27%) y su vida sexual (21%).

Dado el panorama, el objetivo del presente estudio fue analizar las características socio-demográficas, clínicas y funcionales que influyen en la CV de las personas con diagnóstico de DMC.

Métodos

Estudio observacional, analítico y de corte transversal realizado con todos los pacientes con diagnóstico de DMC que fueron atendidos en una institución de salud (El Comité de Rehabilitación) de la ciudad de Medellín (Colombia) durante el año 2020. Se consideraron todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de dolor musculoesquelético superior a seis meses de evolución y que decidieron participar en la investigación.

Tamaño de la muestra

Por tratarse de una población fluctuante debido a los procesos de rehabilitación que requieren los pacientes con DMC, a conveniencia del estudio se decidió incluir a todos los pacientes que consultaron entre el 1 de mayo y el 30 de junio del 2020 a la institución, según la programación institucional.

La información fue recolectada por evaluadores expertos en el área de rehabilitación (terapia física, terapia ocupacional y psicología) por medio de variables demográficas y sociales, los datos de la historia clínica, el examen físico y el diligenciamiento de la escala MOS 36-item short-form health survey (SF-36) para la medición de la CV, del test World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS) para la evaluación de la discapacidad y del Patient Health Questionnaire (PHQ) para la evaluación de los síntomas de depresión.

Pruebas funcionales

Prueba de marcha de los 6 minutos

Es una prueba sencilla, objetiva y clínicamente útil que permite estimar la capacidad funcional del individuo en diversas condiciones clínicas. Se realiza en un pasillo continuo que debe medir entre 25 y 30 metros y que no debe tener obstáculos ni tránsito de personas. Para la realización de esta prueba deben realizarse marcas en el suelo cada tres metros y definir el punto de giro para cambiar de dirección, el cual tiene que ser amplio, a fin de que no existan detenciones y/o reducciones de velocidad durante su ejecución.

Las variables medidas durante esta prueba fueron: distancia recorrida en metros, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, presión arterial y sensación subjetiva de fatiga determinada mediante la escala de Borg modificada.

En un estudio multicéntrico internacional en el que incluyeron 444 pacientes de 7

países diferentes, Casanova *et al.*¹¹ reportaron una velocidad normal de caminata de 83 m/min, y a partir de esto se han propuesto ecuaciones de regresión según sexo para predecir los metros caminados en adultos sanos, que se ha establecido deben ser, en promedio, de 571±90 metros.

Caracterización del dolor dominante

Se consideró dolor dominante a aquél que el paciente pensaba que era más intenso o afectaba más sus actividades de la vida diaria. Vale la pena aclarar que para la medición de la intensidad del dolor no se utilizó ninguna escala, sino que esta se midió a partir de la subjetividad de cada paciente. De esta forma, solo se permitió identificar una localización para el dolor dominante y todo el resto de la información del estudio se recabó en relación con este dolor, que es el que, según su propia definición, más disturba e incapacita.

Sensibilización central

Se usaron los criterios planteados por Nijs *et al.*¹² para definir el síndrome de dolor con sensibilización central (bajo descripción dicotómica: Sí o No), afirmando el diagnóstico con dos de tres criterios positivos más el criterio clínico del médico tratante.

1. Dolor desproporcionado a la naturaleza y extensión del daño tisular o patología.
2. Dolor difuso (por encima/debajo del área dolorosa e incluso contralateral), hiperalgesia y alodinia.
3. Hipersensibilidad a estímulos sensitivos no relacionados con el sistema musculoesquelético (puntuación >40/100 en el Central Sensitisation Inventory - CSI).

WHODAS II

El WHO-DAS II es un instrumento genérico diseñado por la Organización Mundial de la Salud para medir la discapacidad; este

incorpora las seis dimensiones del funcionamiento del individuo que definen el constructo discapacidad incorporado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, comprende 36 ítems y tanto su versión en inglés como en español (llamada Cuestionario para evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud) tiene una alta validez, fiabilidad y aplicabilidad en grupos de personas con diferentes perfiles de discapacidad.

El cuestionario WHO-DAS II evalúa las limitaciones para la realización de actividades y las restricciones en la participación que tienen las personas. Así mismo, busca determinar el grado de dificultad que tiene la persona en las actividades que habitualmente hace y permite establecer una medida de la gravedad y la duración de la discapacidad resultante de condiciones de salud. Las seis dimensiones que evalúa son: comprensión y comunicación, capacidad para moverse en el entorno, cuidado personal, relaciones con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad.

Test SF36

Es una escala genérica que evalúa la CV en adultos; es la más usada en estudios de estado de salud en el mundo y se encuentra validada en Colombia. El SF-36 contiene 36 preguntas, las cuales miden ocho dimensiones de salud (función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general).

Las puntuaciones de cada una de las ocho dimensiones del SF-36 oscilan entre 0 y 100, siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 uno que reflejaría un estado de salud muy malo. Este instrumento puede ser aplicado por autoadministración, por teléfono, por computador o mediante entrevista a personas mayores de 14 años. Su tiempo de diligenciamiento oscila entre 5 y 10 minutos¹³.

PHQ-9

Es un cuestionario de auto diligenciamiento diseñado en 1994 por Spitzer *et al.*¹⁴, quienes desarrollaron una entrevista estructurada para detectar problemas psiquiátricos durante la atención primaria. Esta herramienta evalúa síntomas de las últimas dos semanas y consta de nueve preguntas que se califican con un puntaje de 0 a 3, siendo 0 nunca, y 3 casi todos los días, a partir de lo cual se obtiene la suma total y se interpreta según el valor resultante: <4: no hay síntomas de depresión; 5-14: en riesgo de depresión, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional, y >15 requiere tratamiento para depresión.

Plan de análisis

Se realizó un análisis bivariado con cada una de las categorías que componen la CV. Para encontrar las diferencias se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado de independencia, y, como las variables de las dimensiones del SF36 estaban en palabras, se convirtieron a valores numéricos para identificar los puntajes en cada dimensión, esto se realizó mediante el cálculo del promedio de los valores dado que la distribución de todas las variables era normal. También se calcularon los OR crudos para confirmar la asociación entre las variables.

Para analizar cuáles eran las características sociodemográficas, clínicas y funcionales que podían explicar la CV de los pacientes, se realizó un modelo de regresión logística binomial; para esto se tuvo en cuenta un valor p menor a 0,05, un criterio de Hosmer Lemeshow menor a 0,25 y la plausibilidad biológica de las variables; todos estos modelos se representan por gráficos de intervalos de confianza de los OR ajustados.

Por último, se realizó un gráfico de barras para los promedios con el fin de comparar el presente estudio con uno similar realizado previamente.

Resultados

Análisis demográfico y clínico

La distribución para género y edad en los 101 participantes fue normal y las variables clínicas y sociodemográficas son descritas en las Tablas 1 y 2. En el análisis clínico realizado a partir de los resultados en la escala SF-36 se consideró como un puntaje alto en cada dominio aquel cuyo valor superaba la media. Se identificó que 45% de los pacientes presentaron sobrepeso, que el 82% consumían tóxicos y que el 35% presentaban lumbalgia crónica como diagnóstico principal. En cuanto a las comorbilidades asociadas, se pudo establecer que el 17% de los participantes presentaban enfermedades cardiovasculares; el 34%, enfermedades metabólicas; el 16%, enfermedades reumatológicas; el 12%, enfermedades neurológicas, y el 5%, enfermedades psiquiátricas. También se identificó que el 36% tenía sensibilización central y solo el 8% realizaba actividad física. Además, al aplicar la prueba de marcha de los 6 minutos se logró establecer que el 46% de los pacientes caminó menos de 350 metros.

Según la distribución porcentual de los dominios del cuestionario WHODAS II, el 75% de los pacientes presentaron altos puntajes en el Dominio 1 (Cognición: comprensión y comunicación), el 38% mostraron bajos puntajes en el Dominio 2 (Movilidad: movilidad y desplazamiento) y el 57% tuvieron bajos puntajes en el Dominio 3 (Cuidado personal: cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer y quedarse solo). Para el Dominio 4 (Relaciones: interacción con otras personas), el 50% de los participantes presentó un puntaje alto. En el Dominio 5 (Actividades cotidianas: responsabilidades domésticas, tiempo libre y trabajo en la escuela) se dio un puntaje bajo en el 39% de los participantes. La puntuación media fue del 62% con relación al Dominio 6 (Participación: participación en actividades comunitarias y en la sociedad). Además, según el instrumento PHQ-9, el 54% de los pacientes presentaron síntomas depresivos (Tabla 3).

Al revisar el análisis bivariado donde se relacionaron todas las variables sociodemográficas con las dimensiones del cuestionario SF-36, se encontró que los porcentajes más representativos para todas las dimensiones con puntuación clasificadas en alto fueron género femenino, edad entre 34 y 64 años, estado civil casado o en unión libre, estratos socioeconómicos bajo y medio, residencia en zona urbana, nivel educativo de secundaria, situación laboral activa, sobrepeso o peso normal, no consumo de tóxicos y diagnóstico principal de lumbalgia crónica.

En relación con los pacientes que puntuaron como alto en la dimensión desempeño emo-

cional, el 44% pertenecía al estrato medio; el 21% reportó antecedente de enfermedad cardiovascular y el 18%, de enfermedad reumatológica; el 42% obtuvo resultados inferiores a 349 metros en la prueba de marcha de los 6 minutos, y el 28% manifestó tener como principal zona afectada la columna lumbar. De los pacientes que puntuaron alto en el dominio de salud en general, el 83% eran de sexo femenino y el 73% estaban casados, ambos con un valor de $p=0,030$. Además, el 69% presentaron bajas relaciones e interacciones personales con un valor de $p=0,001$, lo cual indica que estas variables son estadísticamente significativas y están relacionadas con la percepción general del estado de salud.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con diagnóstico confirmado de dolor musculoesquelético crónico en una institución de rehabilitación en Medellín (Colombia) durante 2020.

Variable	Dominios de la escala SF-36											
	Total		Cambio de salud	Dolor corporal	Desempeño emocional	Desempeño físico	Función física	Función social	Salud general	Salud mental	Vitalidad	
	n	%	Cambio presente *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	
Sexo	Masculino	15	14,9	17,6 (3)	8 (4)	13,1 (5)	12,8 (5)	8,51 (4)	13,0 (6)	16,6 (7)	17,5 (7)	16,6 (7)
	Femenino	86	85,1	82,3 (14)	92 (46)	86,8 (33)	87,1 (34)	91,4 (43)	86,9 (40)	83,3 (35)	82,5 (33)	83,3 (35)
Edad	18 a 34 años	7	6,9	23,5 (4)	12 (6)	10,5 (4)	12,8 (5)	10,6 (5)	6,52 (3)	7,14 (3)	10 (4)	4,76 (2)
	34 a 64 años	78	77,2	52,9 (9)	74 (37)	78,9 (30)	79,4 (31)	78,7 (37)	69,5 (32)	80,9 (34)	75 (30)	69,0 (29)
	más de 65 años	16	15,8	23,5 (4)	14 (7)	10,5 (4)	7,69 (3)	10,6 (5)	23,9 (11)	11,9 (5)	15 (6)	26,1 (11)
Estado civil	Casado/unión libre	62	61,4	58,8 (10)	54 (27)	63,1 (24)	61,5 (24)	61,7 (29)	58,6 (27)	73,8 (31)	55 (22)	57,1 (24)
	Soltero	39	38,6	41,1 (7)	46 (23)	36,8 (14)	38,4 (15)	38,2 (18)	41,3 (19)	26,1 (11)	45 (18)	42,8 (18)
Estrato	Bajo	44	43,6	52,9 (9)	40 (20)	39,4 (15)	38,4 (15)	42,5 (20)	43,4 (20)	40,4 (17)	35 (14)	45,2 (19)
	Medio	38	37,6	29,4 (5)	40 (20)	44,7 (17)	43,5 (17)	40,4 (19)	45,6 (21)	38,0 (16)	45 (18)	40,4 (17)
	Alto	19	18,8	17,6 (3)	20 (10)	15,7 (6)	17,9 (7)	17,0 (8)	10,8 (5)	21,4 (9)	20 (8)	14,2 (6)
Zona	Urbana	92	91,1	100 (17)	96 (48)	97,3 (37)	94,8 (37)	85,1 (40)	93,4 (43)	95,2 (40)	95 (38)	95,2 (40)
	Rural	9	8,9	0 (0)	4 (2)	2,63 (1)	5,12 (2)	14,8 (7)	6,52 (3)	4,76 (2)	5 (2)	4,76 (2)
Nivel educativo	Primaria	20	19,8	29,4 (5)	24 (12)	18,4 (7)	20,5 (8)	17,0 (8)	28,2 (13)	19,0 (8)	22,5 (9)	23,8 (10)
	Secundaria	47	46,5	41,1 (7)	44 (22)	50 (19)	43,5 (17)	36,1 (17)	50 (23)	42,8 (18)	40 (16)	45,2 (19)
	Secundaria incompleta	10	9,9	5,88 (1)	6 (3)	5,26 (2)	7,69 (3)	14,8 (7)	4,34 (2)	14,2 (6)	12,5 (5)	11,9 (5)
	Educación superior	24	23,8	23,5 (4)	26 (13)	26,3 (10)	28,2 (11)	31,9 (15)	17,3 (8)	23,8 (10)	25 (10)	19,0 (8)
Situación laboral	Activo	92	91,1	100 (17)	96 (48)	94,7 (36)	92,3 (36)	95,7 (45)	93,4 (43)	97,6 (41)	95 (38)	92,8 (39)
	Cesante/pensionado	9	8,9	0 (0)	4 (2)	5,26 (2)	7,69 (3)	4,25 (2)	6,52 (3)	2,38 (1)	5 (2)	7,14 (3)
Ocupación	Ama de casa	51	50,5	29,4 (5)	50 (25)	47,3 (18)	38,4 (15)	46,8 (22)	52,1 (24)	52,3 (22)	45 (18)	54,7 (23)
	Otras	50	49,5	70,5 (12)	50 (25)	52,6 (20)	61,5 (24)	53,1 (25)	47,8 (22)	47,6 (20)	55 (22)	45,2 (19)

* Todos los datos que se muestran en la tabla corresponde al % (n).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con diagnóstico confirmado de dolor musculoesquelético crónico en una institución de rehabilitación en Medellín (Colombia) durante 2020.

Variable		Dominios de la escala SF-36										
		Total		Cambio de salud	Dolor corporal	Desempeño emocional	Desempeño físico	Función física	Función social	Salud general	Salud mental	Vitalidad
		n	%	Cambio presente *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *
Índice de masa corporal (IMC)	Peso normal	36	35,6	47,0 (8)	32 (16)	39,4 (15)	35,8 (14)	38,2 (18)	41,3 (19)	33,3 (14)	42,5 (17)	40,4 (17)
	Sobrepeso	46	45,5	41,1 (7)	50 (25)	39,4 (15)	35,8 (14)	40,4 (19)	39,1 (18)	42,8 (18)	37,5 (15)	42,8 (18)
	Obesidad	19	18,8	11,7 (2)	18 (9)	21,0 (8)	28,2 (11)	21,2 (10)	19,5 (9)	23,8 (10)	20 (8)	16,6 (7)
Consumo de tóxicos	Sí	18	17,8	23,5 (4)	20 (10)	23,6 (9)	25,6 (10)	17,0 (8)	13,0 (6)	19,0 (8)	10 (4)	9,52 (4)
	No	83	82,2	76,4 (13)	80 (40)	76,3 (29)	74,3 (29)	82,9 (39)	86,9 (40)	80,9 (34)	90 (36)	90,4 (38)
Principal diagnóstico de consulta	Lumbalgia crónica	36	35,6	35,2 (6)	46 (23)	36,8 (14)	33,3 (13)	40,4 (19)	39,1 (18)	45,2 (19)	35 (14)	40,4 (17)
	Fibromialgia	18	17,8	11,7 (2)	12 (6)	18,4 (7)	17,9 (7)	12,7 (6)	15,2 (7)	14,2 (6)	15 (6)	9,52 (4)
	Cervicalgia crónica	15	14,9	11,7 (2)	10 (5)	13,1 (5)	15,3 (6)	14,8 (7)	15,2 (7)	9,52 (4)	20 (8)	14,2 (6)
	Dolor articular de rodilla	8	7,9	11,7 (2)	8 (4)	13,1 (5)	12,8 (5)	10,6 (5)	8,69 (4)	11,9 (5)	10 (4)	11,9 (5)
	Dorsalgia crónica	4	4,0	5,88 (1)	4 (2)	0 (0)	2,56 (1)	6,38 (3)	2,17 (1)	2,38 (1)	0 (0)	2,38 (1)
	Otro	20	19,8	23,5 (4)	20 (10)	18,4 (7)	17,9 (7)	14,8 (7)	19,5 (9)	16,6 (7)	20 (8)	21,4 (9)
Enfermedad cardiovascular (EC)	Sí	18	17,8	29,4 (5)	16 (8)	21,0 (8)	15,3 (6)	12,7 (6)	15,2 (7)	19,0 (8)	15 (6)	16,6 (7)
	No	83	82,2	70,5 (12)	84 (42)	78,9 (30)	84,6 (33)	87,2 (41)	84,7 (39)	80,9 (34)	85 (34)	83,3 (35)
Enfermedades metabólicas (EM)	Sí	35	34,7	47,0 (8)	28 (14)	34,2 (13)	33,3 (13)	29,7 (14)	41,3 (19)	33,3 (14)	35 (14)	38,0 (16)
	No	66	65,3	52,9 (9)	72 (36)	65,7 (25)	66,6 (26)	70,2 (33)	58,6 (27)	66,6 (28)	65 (26)	61,9 (26)
Enfermedades psiquiátricas (EPS)	Sí	6	5,9	0 (0)	4 (2)	5,26 (2)	0 (0)	4,25 (2)	2,17 (1)	0 (0)	2,5 (1)	0 (0)
	No	95	94,1	100 (17)	96 (48)	94,7 (36)	100 (39)	95,7 (45)	97,8 (45)	100 (42)	97,5 (39)	100 (42)
Enfermedades reumatológicas (ER)	Sí	17	16,8	17,6 (3)	16 (8)	18,4 (7)	17,9 (7)	17,0 (8)	19,5 (9)	16,6 (7)	22,5 (9)	19,0 (8)
	No	84	83,2	82,3 (14)	84 (42)	81,5 (31)	82,0 (32)	82,9 (39)	80,4 (37)	83,3 (35)	77,5 (31)	80,9 (34)
Enfermedades neurológicas (EN)	Sí	13	12,9	11,7 (2)	14 (7)	13,1 (5)	20,5 (8)	12,7 (6)	13,0 (6)	11,9 (5)	12,5 (5)	14,2 (6)
	No	88	87,1	88,2 (15)	86 (43)	86,8 (33)	79,4 (31)	87,2 (41)	86,9 (40)	88,0 (37)	87,5 (35)	85,7 (36)
Sensibilidad central (SC)	Sí	37	36,6	17,6 (3)	30 (15)	28,9 (11)	30,7 (12)	29,7 (14)	30,4 (14)	26,1 (11)	25 (10)	23,8 (10)
	No	64	63,4	82,3 (14)	70 (35)	71,0 (27)	69,2 (27)	70,2 (33)	69,5 (32)	73,8 (31)	75 (30)	76,1 (32)
Actividad física (AF)	Sí	9	8,911	11,7 (2)	10 (5)	13,1 (5)	10,2 (4)	12,7 (6)	13,0 (6)	9,52 (4)	7,5 (3)	9,52 (4)
	No	92	91,09	88,2 (15)	90 (45)	86,8 (33)	89,7 (35)	87,2 (41)	86,9 (40)	90,4 (38)	92,5 (37)	90,4 (38)
Prueba de marcha (PM)	Menor de 349 metros	47	46,53	41,1 (7)	46 (23)	42,1 (16)	46,1 (18)	55,3 (26)	45,6 (21)	47,6 (20)	50 (20)	47,6 (20)
	De 350 a 415 metros	18	17,82	35,2 (6)	22 (11)	23,6 (9)	23,0 (9)	23,4 (11)	19,5 (9)	19,0 (8)	20 (8)	11,9 (5)
	No realizada	36	35,64	23,5 (4)	32 (16)	34,2 (13)	30,7 (12)	21,2 (10)	34,7 (16)	33,3 (14)	30 (12)	40,4 (17)
Principal articulación afectada	Columna lumbar	33	32,67	35,2 (6)	40 (20)	28,9 (11)	28,2 (11)	38,2 (18)	30,4 (14)	38,0 (16)	35 (14)	35,7 (15)
	Rodilla	21	20,79	23,5 (4)	22 (11)	26,3 (10)	25,6 (10)	21,2 (10)	23,9 (11)	19,0 (8)	20 (8)	23,8 (10)
	Columna cervical	14	13,86	5,88 (1)	8 (4)	15,7 (6)	12,8 (5)	12,7 (6)	15,2 (7)	9,52 (4)	12,5 (5)	11,9 (5)
	Hombro	8	7,921	17,6 (3)	10 (5)	5,26 (2)	5,12 (2)	8,51 (4)	8,69 (4)	11,9 (5)	12,5 (5)	9,52 (4)
	Cadera	7	6,931	5,88 (1)	6 (3)	5,26 (2)	5,12 (2)	4,25 (2)	6,52 (3)	7,14 (3)	5 (2)	2,38 (1)
	Otra	18	17,82	11,7 (2)	14 (7)	18,4 (7)	23,0 (9)	14,8 (7)	15,2 (7)	14,2 (6)	15 (6)	16,6 (7)

* Todos los datos que se muestran en la tabla corresponde al % (n).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Características de la escala WHODAS II de los pacientes con diagnóstico confirmado de dolor musculoesquelético crónico en una institución de rehabilitación en Medellín (Colombia) durante 2020.

Dominios de la escala SF-36												
Variable	Total		Cambio de salud	Dolor corporal	Desempeño emocional	Desempeño físico	Función física	Función social	Salud general	Salud mental	Vitalidad	
	n	%	Cambio presente *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	Alto *	
Escala WHODAS II												
Dominio 1: Cognición: comprensión y comunicación (D1)	Bajo	25	24,75	17,6 (3)	32 (16)	31,5 (12)	35,8 (14)	29,7 (14)	32,6 (15)	33,3 (14)	35 (14)	28,5 (12)
	Alto	76	75,25	82,3 (14)	68 (34)	68,4 (26)	64,1 (25)	70,2 (33)	67,3 (31)	66,6 (28)	65 (26)	71,4 (30)
Dominio 2: Movilidad: movilidad y desplazamiento (D2)	Bajo	39	38,61	35,2 (6)	44 (22)	34,2 (13)	46,1 (18)	55,3 (26)	45,6 (21)	45,2 (19)	55 (22)	50 (21)
	Medio	30	29,7	41,1 (7)	38 (19)	34,2 (13)	30,7 (12)	27,6 (13)	32,6 (15)	26,1 (11)	22,5 (9)	14,2 (6)
	Alto	32	31,68	23,5 (4)	18 (9)	31,5 (12)	23,0 (9)	17,0 (8)	21,7 (10)	28,5 (12)	22,5 (9)	35,7 (15)
Dominio 3: Cuidado personal: cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer y quedarse solo (D3)	Bajo	58	57,43	64,7 (11)	76 (38)	71,0 (27)	74,3 (29)	72,3 (34)	71,7 (33)	69,0 (29)	72,5 (29)	59,5 (25)
	Alto	43	42,57	35,2 (6)	24 (12)	28,9 (11)	25,6 (10)	27,6 (13)	28,2 (13)	30,9 (13)	27,5 (11)	40,4 (17)
Dominio 4: Relaciones: interacción con otras personas (D4)	Bajo	50	49,5	64,7 (11)	64 (32)	60,5 (23)	58,9 (23)	53,1 (25)	65,2 (30)	69,0 (29)	60 (24)	54,7 (23)
	Alto	51	50,5	35,2 (6)	36 (18)	39,4 (15)	41,0 (16)	46,8 (22)	34,7 (16)	30,9 (13)	40 (16)	45,2 (19)
Dominio 5: Actividades cotidianas: responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela (D5)	Bajo	40	39,6	41,1 (7)	48 (24)	42,1 (16)	43,5 (17)	46,8 (22)	39,1 (18)	47,6 (20)	50 (20)	47,6 (20)
	Medio	34	33,66	35,2 (6)	32 (16)	26,3 (10)	30,7 (12)	34,0 (16)	39,1 (18)	30,9 (13)	32,5 (13)	26,1 (11)
	Alto	27	26,73	23,5 (4)	20 (10)	31,5 (12)	25,6 (10)	19,1 (9)	21,7 (10)	21,4 (9)	17,5 (7)	26,1 (11)
Dominio 6: Participación: participación en actividades comunitarias y en la sociedad (D6)	Bajo	16	15,84	17,6 (3)	24 (12)	23,6 (9)	30,7 (12)	21,2 (10)	21,7 (10)	21,4 (9)	30 (12)	23,8 (10)
	Medio	63	62,38	64,7 (11)	68 (34)	60,5 (23)	58,9 (23)	61,7 (29)	63,0 (29)	66,6 (28)	55 (22)	61,9 (26)
	Alto	22	21,78	17,6 (3)	8 (4)	15,7 (6)	10,2 (4)	17,0 (8)	15,2 (7)	11,9 (5)	15 (6)	14,2 (6)
Cuestionario PHQ-9 - Depresión												
Sin depresión	31	30,69	29,4 (5)	36 (18)	34,2 (13)	43,5 (17)	34,0 (16)	36,9(17)	35,7 (15)	35 (14)	35,7 (15)	
Síntomas depresivos	55	54,46	64,7 (11)	60 (30)	55,2 (21)	46,1 (18)	55,3 (26)	56,5(26)	54,7 (23)	62,5 (25)	59,5 (25)	
Síntomas depresivos altos	15	14,85	5,88 (1)	4 (2)	10,5 (4)	10,2 (4)	10,6 (5)	6,52(3)	9,52 (4)	2,5 (1)	4,76 (2)	

* Todos los datos que se muestran en la tabla corresponde al %(n).

Fuente: elaboración propia.

Por cada 100 pacientes participantes en el estudio, aproximadamente 36 presentaron lumbalgia crónica; 18, fibromialgia; 15, cervicalgia crónica, y 20, otros diagnósticos de consulta (Figura 1).

En relación con el diagnóstico asociado al DMC, se encontró que las enfermedades metabólicas presentaban el mayor porcentaje, con el 34%, seguido por las enfermedades cardiovasculares, con el 17%. Es de aclarar que en la Figura 2 se describen las cinco principales patologías, que representan aproximadamente el 88% de los diagnósticos de motivo de consulta, y que estas categorías se crearon utilizando los diagnósticos asociados que manifestaban

los pacientes y que se encontraban en la historia clínica. Las enfermedades metabólicas incluyeron diabetes, obesidad, dislipidemias, hipotiroidismo, hígado graso y sobrepeso; las enfermedades cardiovasculares incluyeron hipertensión, arritmias e insuficiencia venosa; las enfermedades reumatológicas incluyeron dolor en las articulaciones, fibromialgia, síndrome de Sjögren, artritis reumatoide y osteoartritis; las enfermedades neurológicas incluyeron neuralgia del trigémino, migraña, trastorno funcional de la marcha, parálisis del plexo braquial, tumores cerebrales y vértigo, y las enfermedades psiquiátricas incluyeron insomnio, trastorno de ansiedad generalizada y depresión.

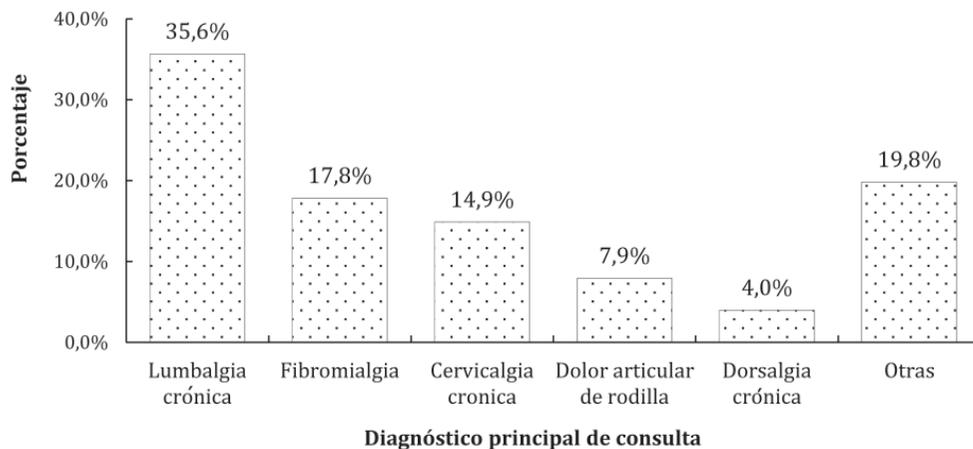


Figura 1. Diagnóstico principal de consulta en los pacientes con diagnóstico confirmado de dolor musculoesquelético crónico.

Fuente: elaboración propia.

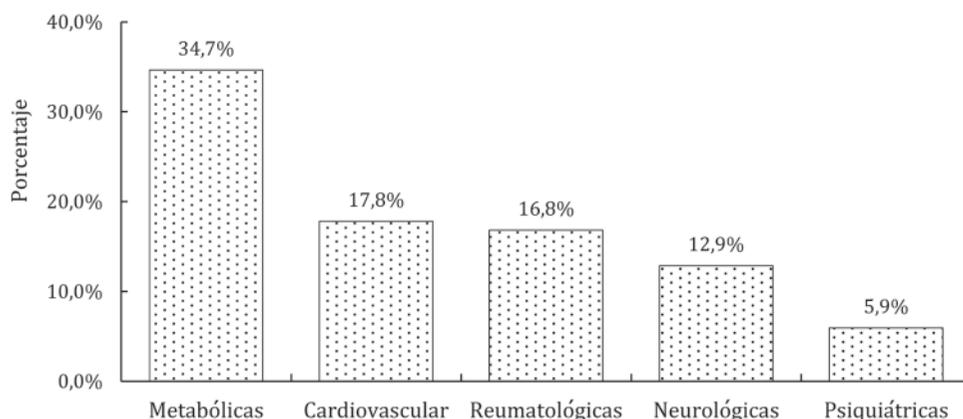


Figura 2. Diagnóstico asociado en los pacientes con diagnóstico confirmado de dolor musculoesquelético crónico.

Fuente: elaboración propia.

Análisis multivariado

Para el análisis multivariado se realizaron varias regresiones logísticas cuidando de que se cumplieran todos los supuestos y condiciones para cada uno de los modelos; de esta forma, se seleccionaron las categorías de referencia según la experticia de los investigadores y la distribución de frecuencia de las variables. Todas las variables que ingresaron al modelo presentaron un chi-cuadrado inferior a 0,05 o cumplieron el criterio de Hosmer y Lemeshow, donde su valor de chi-cuadrado de independencia fuera inferior a 0,25.

Al realizar el análisis de la dimensión de cambio de salud con las demás variables sociodemográficas, las variables que ingresaron al modelo fueron: edad, ocupación, enfermedad cardiovascular, enfermedades metabólicas, sensibilidad central, índice de masa corporal, test de marcha de los 6 minutos y Dominio 4 (Relaciones) de la escala WHODAS II. Por cada 10 pacientes que tenían entre 18 y 34 años y presentaron altos puntajes en el dominio cambio de salud, hubo una persona entre 34 y 64 años que presentó altos puntajes en el dominio cambio de salud con un valor de $p=0,025$ y un OR: 0,11 (IC95%: 0,017-0,76).

En la dimensión de dolor corporal se consideraron las variables sexo, ocupación, enfermedad metabólica, así como el Dominio 2 (Movilidad) y el Dominio 6 (Participación) de la escala WHODAS II, y síntomas depresivos según el instrumento PHQ-9. Las variables significativas del modelo y que permiten explicarlo son el sexo masculino, con un valor $p=0,049$ y un OR: 0,22 (IC95%: 0,049-0,99); la movilidad baja, con un valor de $p=0,039$ y un OR: 0,25 (IC95%: 0,067-0,93), y la dimensión de participación alta, con un valor de $p=0,033$ y un OR: 0,12 (IC95%: 0,016-0,83).

Para el desempeño emocional ingresaron al modelo las variables sensibilización central y actividad física, así como el Dominio 1 (Cognición), el Dominio 4 (Relaciones) y el Dominio 6 (Participación) de la escala WHODAS II. Nin-

guna de las variables incluidas en el modelo permitió explicar el desempeño emocional, por lo que se concluye que otras variables no incluidas en el estudio podrían ser una posible explicación de la variable dependiente.

Al realizar el análisis de la dimensión de desempeño físico con las demás variables sociodemográficas, del WHODAS II y del PHQ-9, las variables que ingresaron al modelo fueron: edad, consumo de tóxicos, enfermedad neurológica, así como el Dominio 1 (Cognición), el Dominio 3 (Cuidado personal), el Dominio 4 (Relaciones) y el Dominio 6 (Participación) de la escala WHODAS II, y síntomas depresivos según el instrumento PHQ-9. Las variables significativas del modelo fueron el no consumo de tóxicos y la alta participación, lo que quiere decir que por cada 10 pacientes que no consumen tóxicos y presentaron altos puntajes en el dominio de desempeño físico hubo dos personas que a pesar del consumo de tóxicos presentan altos puntajes en dicho dominio con un valor de $p=0,023$ y un OR: 0,23 (IC95%: 0,06-0,81) y la participación alta presentó asociación con un valor de $p=0,022$ y un OR: 0,09 (IC95%: 0,012-0,71).

En el modelo de la dimensión de función física se consideraron las variables de sexo, nivel escolar, enfermedades cardiovasculares, sensibilidad central, test de marcha de los 6 minutos y el Dominio 2 (Movilidad) de la escala WHODAS II. La única variable que explica este modelo es el nivel escolar de secundaria completa, con un valor de $p=0,028$ y un OR: 0,26 (IC95%: 0,078-0,86).

El modelo de regresión para la variable dependiente función social presentó las siguientes variables que ingresaron al modelo: edad, nivel escolar, enfermedad psiquiátrica, así como el Dominio 1 (Cognición) y el Dominio 4 (Relaciones) de la escala WHODAS II, y síntomas de depresión según el instrumento PHQ-9. Las variables significativas del modelo y que permiten explicarlo son el nivel escolar de secundaria completa con un valor de $p=0,044$ y un OR: 0,12 (IC95%: 0,016-0,95), y relaciones

altas con un valor de $p=0,013$ y un OR: 0,27 (IC95%: 0,098-0,75).

Para la variable dependiente de salud general, las variables que ingresaron al modelo fueron estado civil, ocupación, sensibilidad central, así como el Dominio 1 (Cognición) y el Dominio 4 (Relaciones) de la escala WHODAS II. Las variables que permiten explicar el modelo son la ausencia de sensibilidad central, con un valor de $p=0,009$, y estado civil casado o en unión libre, con un valor de $p=0,032$; estas variables presentaron un OR: 2,8 (IC95%: 1,09-7,18) y OR: 0,40 (IC95%: 0,15-1,05), respectivamente.

El modelo de regresión para la variable dependiente de salud mental presentó las siguientes variables que ingresaron al modelo: consumo de tóxicos, enfermedades psiquiátricas, enfermedades reumatológicas, así como el Dominio 2 (Movilidad) y el Dominio 6 (Participación) de la escala WHODAS II, y síntomas de depresión según el instrumento PHQ-9. Las variables significativas del modelo y que permiten explicarlo son las variables de movilidad media, con un valor de $p=0,015$ y un OR: 0,13 (IC95%: 0,028-0,685), y depresión alta con un valor de $p=0,043$ y un OR: 0,88 (IC95%: 0,008-0,92).

Por último, para la variable dependiente de vitalidad, las variables independientes que ingresaron al modelo fueron edad, consumo de tóxicos, sensibilidad central, así como el Dominio 2 (Movilidad) y el Dominio 6 (Participación) de la escala WHODAS II, y síntomas depresivos según el instrumento PHQ-9. La única variable que explica este modelo es la sensibilización central, con un valor de $p=0,026$ y un OR: 0,306 (IC95%: 0,108-0,868) (Figura 3).

Acorde con los resultados generales de la escala SF-36, se puede inferir que la exposición crónica a un fenómeno doloroso claramente se ve reflejado en peor CV, exceptuando la dimensión de desempeño físico, que mostró puntajes superiores en las personas con dolor crónico.

Lo anterior podría ser explicado por fenómenos adaptativos al síntoma doloroso y a la compensación de los patrones funcionales y en la mecánica corporal que busca el mejor desempeño; las variables que permitieron explicar el desempeño físico fueron el no consumo de tóxicos y la alta participación social.

Llama la atención que más del 90% de los pacientes analizados no realizaba actividad física, lo cual puede verse reflejado en la prueba de marcha de los 6 minutos, donde el 34,9% no participó debido a dolor, negación del paciente o pobre tolerancia a la actividad física requerida en dicha prueba. La pérdida de estado físico (desacondicionamiento) es un fenómeno perpetuador del síntoma doloroso y puede apoyar un posible tipo de asociación dosis-respuesta entre el dolor crónico, la enfermedad cardiovascular y el síndrome metabólico¹⁵.

Todos los valores que se muestran a continuación en el modelo multivariado corresponden a las variables que ingresaron al modelo: enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas, sensibilidad central, prueba de marcha de los 6 minutos, actividad física, enfermedades reumatológicas, enfermedades psiquiátricas, Dominio 1 Cognición: comprensión y comunicación, Dominio 2: Movilidad: movilidad y desplazamiento, Dominio 3: Cuidado personal: cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo, Dominio 4: Relaciones: interacción con otras personas y Dominio 6: Participación: participación en actividades comunitarias y en la sociedad (Figura 3).

El DMC no solo representa aspectos negativos en la percepción de la CV, en el presente estudio se evidenciaron altos puntajes en las variables de función social y salud mental, lo cual puede explicarse por los cambios adaptativos para superar circunstancias difíciles (resiliencia) y buen soporte socio-familiar y de las redes de apoyo provisto por grupos sociales y religiosos. El dominio de salud mental pudo ser explicado por la presencia de depresión.

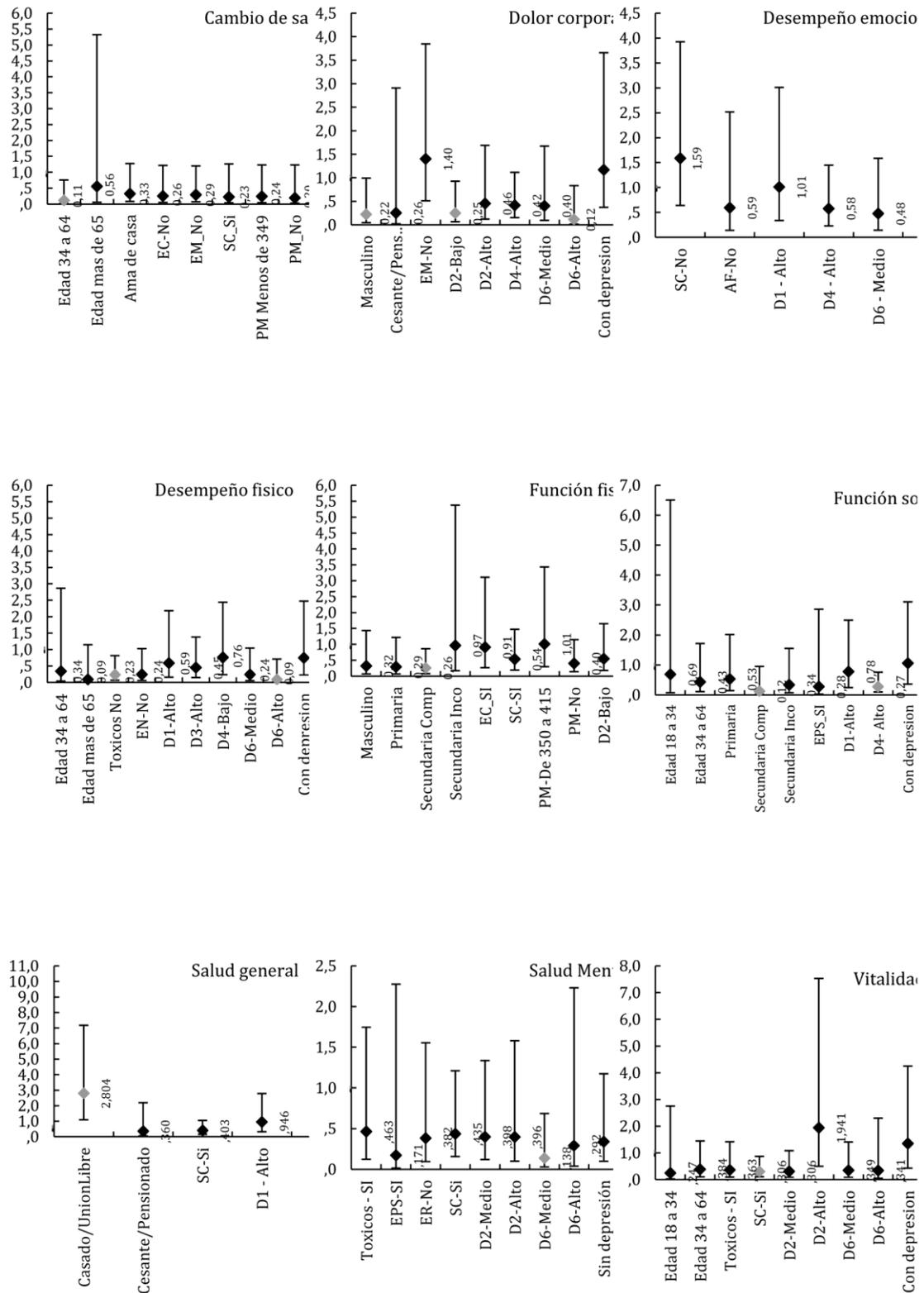


Figura 3. Modelo multivariado para cada una de las dimensiones que constituyen la calidad de vida de los pacientes con dolor musculoesquelético crónico.

Fuente: elaboración propia

Análisis comparativo

Al comparar los resultados de la presente investigación con los obtenidos en el estudio de Lugo *et al.*¹³, se identifica que en ambos se calcularon puntajes del instrumento SF-36 que mide la CV. En dicho estudio los investigadores evaluaron la CV en pacientes con dolor musculoesquelético agudo (DMA), mientras que en el presente estudio se evaluó la CV en pacientes con DMC. De este modo, para las dimensiones de dolor corporal, desempeño emocional, función física, función social, salud general, salud mental y vitalidad, las medias del DMA son superiores al promedio del DMC con diferencias en los promedios que se presentan a continuación: 31,5 vs. 47; 47,2 vs. 62; 47,3 vs. 70; 56 vs. 71; 44,7 vs. 79; 51,8 vs. 69, y 43,9 vs. 70, respectivamente. Solo la dimensión de desempeño físico fue la que presentó mayor promedio en el DMC con una media de 39 versus 36 que se obtuvo en el DMA. Al momento de realizar la comparación con población sana en todas las dimensiones, estos valores son superados, incluso desempeño físico es superado en el 100%, tal como se evidencia en la [Figura 4](#).

Discusión

Las características encontradas en la presente investigación dan cuenta de la heterogeneidad de la población que padece DMC, lo cual se ve reflejado en el comportamiento de las variables nivel socioeconómico, edad, estado civil, ocupación y lugar de residencia. Llama la atención que más de la mitad de la población presentó síntomas depresivos e incluso riesgo de depresión severa.

La mayoría de los pacientes afirmaron no realizar actividad física, lo que se evidenció en el bajo rendimiento de la prueba de marcha de los 6 minutos y en el desacondicionamiento físico de los participantes; esto llama la atención ya que tales características son factores perpetuadores de DMC y agravantes del riesgo cardiovascular y metabólico.

Se ha establecido que las dislipidemias, la edad, el sexo, el tabaquismo, la obesidad y un índice cintura-cadera alto están asociados independientemente con el dolor crónico¹⁶; sin embargo, en el presente estudio el dolor generalizado no confirió ningún riesgo adicional de enfermedad cardiovascular.

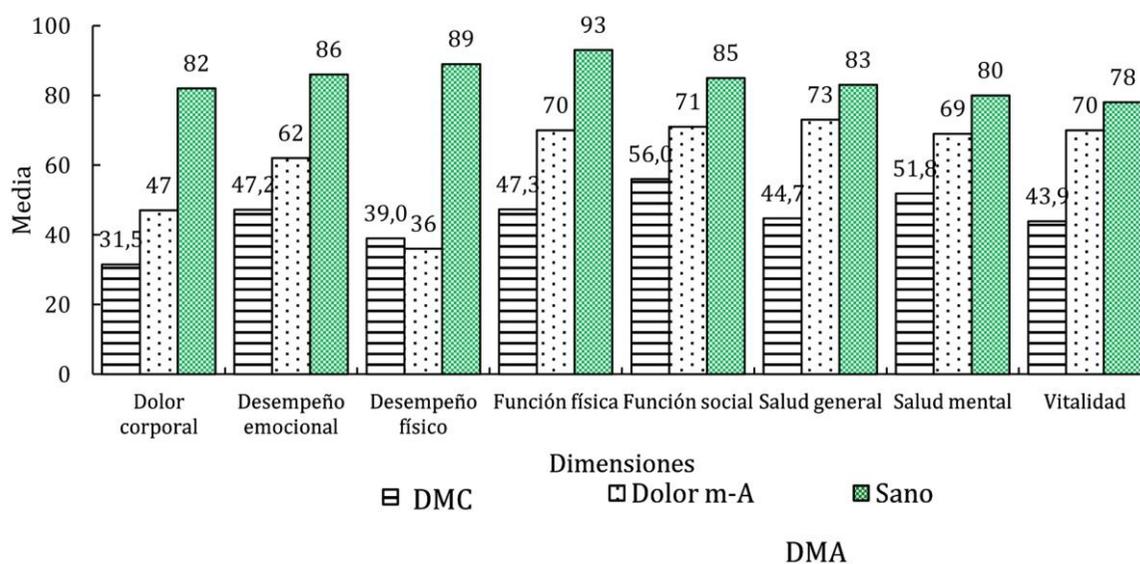


Figura 4. Comparación de los promedios en pacientes sanos, con dolor musculoesquelético agudo y con dolor musculoesquelético crónico según las dimensiones del cuestionario SF-36 de calidad de vida en una institución de rehabilitación en Medellín, Colombia, durante 2020.

Fuente: elaboración propia.

La sensibilización central es un fenómeno de plasticidad sináptica y de aumento de la capacidad de respuesta en las vías centrales del dolor después de una lesión¹⁷. Las consecuencias del dolor persistente incluyen el miedo al movimiento (kinesiofobia), el catastrofismo ante el dolor, la ansiedad y la sensibilización del sistema nervioso, las cuales parecen ser las principales contribuyentes al dolor y a la discapacidad¹⁸. Luque-Suarez *et al.*¹⁹, en una revisión sistemática, reportaron fuerte evidencia de asociación entre un mayor grado de kinesiofobia y mayores niveles de intensidad del dolor y discapacidad, así como evidencia moderada de la relación entre un mayor grado de kinesiofobia y niveles más altos de gravedad del dolor y baja calidad de vida.

Los resultados respecto a las dimensiones del SF-36 permiten considerar que el cambio de salud está relacionado con una edad mayor de 34 años, ausencia de sensibilización central y tener pocas relaciones e interacciones con otras personas. De igual forma, se estableció que el desempeño emocional estuvo relacionado con el consumo de tóxicos, la ausencia de sensibilización central, el no realizar actividad física y la baja cognición (comprensión y comunicación), y que el dolor corporal está relacionado con el sexo masculino, o con el hecho de si la persona es cesante o pensionado, sufre de enfermedades metabólicas, presenta bajo rendimiento en la movilidad y el desplazamiento, tiene síntomas depresivos, y tiene pocas relaciones e interacciones con otras personas.

Las dimensiones con mejor puntaje de la escala SF-36 fueron función física y salud mental, y estas fueron determinadas por las variables sexo femenino, nivel escolar secundaria, ausencia de enfermedades cardiovasculares, ausencia de sensibilización central, depresión, resultado en la prueba de marcha de los 6 minutos mayor a 349 metros y altos puntajes en el Dominio 2: Movilidad: movilidad y desplazamiento de la escala WHODAS II. De forma general, los puntajes del SF-36 evaluados en pacientes con DMC fueron inferiores a los de un estudio en pacientes con DMA y pacientes sanos, lo

que indica una percepción de menor calidad de vida.

Según los resultados encontrados, hay relación entre los estilos de vida no saludables y una mala calidad de vida, lo cual debe ser estudiado a profundidad para promover la adopción de hábitos saludables, el manejo de las emociones y el fortalecimiento de habilidades sociales por equipos multidisciplinarios como estrategia de prevención del DMC.

Dentro de las limitaciones del presente estudio cabe anotar que durante el año 2020, en el que se realizó el estudio, se declaró la pandemia por COVID-19 y a debido a las medidas de contingencia implementadas para afrontarla las consultas presenciales disminuyeron sustancialmente, lo cual afectó el reclutamiento de pacientes. Adicional a esto, algunas personas negaron su participación en la prueba de marcha debido al dolor. Como ventajas destacan que se tuvo acceso a una población afiliada a una institución en salud, que se usó un instrumento validado y que la recolección de la información fue realizada por profesionales en salud capacitados para tal fin.

Conclusiones

El DMC menoscaba la CV de una manera más amplia que el dolor agudo. Según los resultados encontrados, existe relación entre los estilos de vida no saludables y una mala CV; lo anterior es un campo de profundización para nuevos estudios hacia promoción de hábitos saludables, manejo de las emociones y fortalecimiento de habilidades sociales por equipos multidisciplinarios como estrategia de prevención del DMC.

Consideraciones éticas

Para la elaboración del presente estudio se contó con el consentimiento informado de todos los sujetos estudiados, cumpliendo, de esta forma, con los principios de investigación

en seres humanos establecidos por la declaración de Helsinki. Del mismo modo, el estudio fue validado y aprobado por el comité de ética de la institución donde se recolectó la información.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Contribución de los autores

Alexandra Fuenmayor Castaño participó en el diseño de la investigación, la recolección de los datos, el análisis de los resultados y la revisión crítica del contenido del estudio, así como en la redacción y aprobación del informe final. Sergio Andrés Taborda Holguín participó en la revisión crítica del contenido del estudio, así como en la redacción y aprobación del informe final.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. 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. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>.
2. Bonanni R, Cariati I, Tancredi V, Iundusi R, Gasbarra E, Tarantino U. Chronic Pain in Musculoskeletal Diseases: Do You Know Your Enemy? *J Clin Med*. 2022;11(9):2609. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm11092609>.
3. Kosek E, Clauw D, Nijs J, Baron R, Gilron I, Harris RE, *et al.* Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *Pain*. 2021;162(11):2629-34. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002324>.
4. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*. 2011;11:770. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>.
5. Woolf AD, Erwin J, March L. The need to address the burden of musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2012;26(2):183-224. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.berh.2012.03.005>.
6. Access Economics Pty Limited. The high price of pain: The economic impact of persistent pain in Australia. Sidney: MBF Foundation; 2007.
7. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, *et al.* Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67(36):1001-6. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6736a2>.
8. 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. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>.
9. Miranda JP, Quezada P, Caballero P, Jiménez, Morales A, Bilbeny N, *et al.* Revisión sistemática: epidemiología de dolor crónico no oncológico en Chile. *Revista El Dolor*. 2013;59:10-7.
10. Guerrero-Liñeiro AM, Gómez-López MP. VIII Estudio Nacional de Dolor 2014. Prevalencia del dolor crónico en Colombia. Bogotá D.C.: Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor; 2014.
11. Casanova C, Celli BR, Barria P, Casas A, Cote C, de Torres JP, *et al.* The 6-min walk distance in healthy subjects: reference standards from seven countries. *Eur Respir J*. 2011;37(1):150-6. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1183/09031936.00194909>.
12. Nijs J, Torres-Cueco R, van Wilgen CP, Girbes EL, Struyf F, Roussel N, *et al.* Applying modern pain neuroscience in clinical practice: criteria for the classification of central sensitization pain. *Pain Physician*. 2014;17(5):447-57.
13. Lugo LH, García HI, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2006;24(2):37-50.
14. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, *et al.* Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994;272(22), 1749-56.
15. Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of Exercise Is a Major Cause of Chronic Diseases. *Compr Physiol*. 2012; 2(2):1143-211. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cphy.c110025>.
16. Fayaz A, Ayis S, Panesar SS, Langford RM, Donaldson LJ. Assessing the relationship between chronic pain and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Scand J Pain*. 2016;13(1):76-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.06.005>.
17. Ji RR, Nackley A, Huh Y, Terrando N, Maixner W. Neuroinflammation and Central Sensitization in Chronic and Widespread Pain. *Anesthesiology*. 2018;129(2):343-66. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002130>.
18. Booth J. Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care*. 2017;15(4), 413-21.
19. Luque-Suarez A, Martinez-Calderon J, Falla D. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2019;53(9):554-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098673>.