

Perfil de Pacientes com Queixa de Dor Músculo-Esquelética em Unidade Básica em Sorocaba*

Profile of Patients with Chronic Musculo-Skeletal Pain Assisted at Primary Care Unit at Sorocaba

José Eduardo Martinez¹, Bárbara Zilioli Cais dos Santos², Ricardo Pozzi Fasolin², Reinaldo José Gianini¹

*Recebido do Centro de Saúde Escola da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), Sorocaba, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Dor é um dos desafios da Medicina pela sua prevalência e impacto na saúde. Os objetivos deste estudo foram: descrever o perfil dos pacientes com dor músculo-esquelética em Unidade Básica de Saúde (UBS); determinar a concordância do diagnóstico de encaminhamento e de reumatologista e determinar a incapacidade funcional.

MÉTODO: Revisão de 40 prontuários do Centro de Saúde Escola de Sorocaba. As variáveis pesquisadas foram: características da dor; aspectos do atendimento médico e a incapacidade funcional.

RESULTADOS: Quinze pacientes referiam dor difusa associada a alguma localização específica e duração média de 6,5 anos. Predominava o envolvimento poliarticular. Observou-se baixa concordância entre o diagnóstico do clínico e o reumatologista (17%). Trinta e um pacientes (78%) referiam desconhecer seu diagnóstico e entre esses em 21 um prontuário não havia qualquer diagnóstico. Todos os prontuários apresentavam prescrição para medicamentos, observando-se ainda as seguintes modalidades: fisioterapia (27), floral de Bach (1), massoterapia (1), acupuntura (1) e psicoterapia (1). Vinte e sete pacientes não se submetiam a modalidade não farmacológica. Não havia registro de prescrição de exercícios. Obteve-se a seguinte frequência de prática de exercícios referidos pelos pacientes: aeróbicos (12) e alongamento (3). Vinte e dois pacientes não referiram qualquer exercício.

CONCLUSÃO: A maior parte dos pacientes com dor músculo-esquelética nas UBS são mulheres, com queixas crônicas envolvendo articulações periféricas e a coluna vertebral. Houve baixa concordância entre os diagnós-

tics estabelecidos pelo clínico e o reumatologista. A modalidade terapêutica predominante foi a medicamentosa. Houve baixa utilização de tratamentos não medicamentosos e exercícios.

Descritores: atenção primária à saúde, Dor, Qualidade de vida.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES - Pain is one of the challenges of medicine for its prevalence and impact on health. The objectives are: to describe the profile of patients with musculo-skeletal pain in a Primary Care Unit, to determine the correlation of primary care physician diagnoses and the rheumatologists', to determine the functional disability.

METHODS: Review of forty records of the "Centro de Saúde Escola" de Sorocaba. The studied variables were: pain characteristics; health care aspects and functional disability.

RESULTS: Fifteen patients referred diffuse pain associated with some specific location with an average duration of 6.5 years. Polyarthralgias were frequent. There was low correlation between the clinician and rheumatologist diagnosis (17%). Thirty-one patients (78%) reported knowing their diagnosis and among those in twenty-one charts there was no diagnosis registered. All records have prescription of medicines in compliance with the following modalities: physical therapy (27), massoterapia (1), acupuntura (1) and psychotherapy (1). Twenty-seven patients have not used non pharmacological therapy. There was no record of exercise prescription. Patients referred the following exercise practice: aerobic (12) and elongation (3). Twenty-two patients did not report any exercises.

CONCLUSION: Most patients with musculo-skeletal pain at UBS are women with chronic complaints involving peripheral joints and spine. There was a low correlation between the diagnosis established by clinical and rheumatologist. The predominant therapeutic method is pharmacological. There is a low use of non-drug treatments and exercises.

Keywords: pain, primary care medical assistance, Quality of life.

1. Professor Titular do Departamento de Medicina da PUCSP.

2. Graduando de Medicina da PUCSP.

Apresentado em 31 de julho de 2008

Aceito para publicação em 19 de setembro de 2008

Endereço para correspondência:
Prof. Dr. José Eduardo Martinez
Rua Portugal, 63.
18045-280 Sorocaba, SP.
E-mail: jemartinez@pucsp.br

INTRODUÇÃO

O sintoma dor é um dos principais desafios da Medicina nos dias atuais. No âmbito das afecções do aparelho locomotor é o sintoma mais frequente e principal causa de procura à assistência médica. Além da sua alta prevalência, sua importância decorre de estar presente nas doenças que causam maior impacto negativo na qualidade de vida¹⁻³ e na produtividade desses indivíduos⁴. Conceitua-se dor como experiência sensorial e emocional desagradável que está associada ou é descrita em termos de lesões teciduais⁵.

As razões dos pacientes com dor procurarem assistência médica incluem cura, alívio sintomático, esclarecimento do diagnóstico ou atestado para falta no trabalho. Assim, o médico tem que estar preparado para responder a essa abordagem⁴. Pacientes com dor crônica, em especial aqueles com doenças reumáticas, têm alta frequência de depressão e outros distúrbios psiquiátricos⁶.

Esse estudo dá ênfase à dor crônica, já que a dor aguda é necessária a manutenção da homeostase e por isso é considerado um sinal vital. Por outro lado, a dor crônica é uma das principais causas de comprometimento funcional e não tem o mesmo valor biológico da dor aguda⁷.

Dor crônica é um problema global envolvendo sofrimento muitas vezes desnecessário, incapacidade progressiva e custo sócio-econômico importante. Ela não é só um sintoma, uma vez que pode ser considerada uma síndrome⁸.

As afecções do aparelho locomotor são as causas mais frequentes de ocorrência de dor crônica. Estima-se que 40% dos indivíduos manifestarão dor músculo-esquelética em algum momento da vida⁷.

Entre as principais causas de dor crônica no aparelho locomotor, pode-se citar: dores na coluna, dor miofascial, fibromialgia, osteoartrose, periartrites, etc.⁹.

Dessa forma, o alívio da sintomatologia dolorosa deve ser uma preocupação constante do médico, associada ao tratamento da doença de base. Acredita-se que o atendimento médico nos três níveis de unidades de saúde pública deve contar com profissionais preparados para enfrentar tal desafio. A preocupação com a política de atendimento nessa área é mundial e particularmente em nosso meio, é necessário estabelecer a forma com que o Sistema Único de Saúde (SUS) atuará de forma eficiente nesse importante assunto¹⁰.

Entende-se que o tratamento da dor músculo-esquelética deve ser baseado em um diagnóstico preciso, multiprofissional e com medidas medicamentosas e não medicamentosas. Nesse sentido, realiza-se desde janeiro de 2006 um programa de atendimento de pacientes com queixa de dor músculo-esquelética no CSB, unidade básica de saúde da Prefeitura Municipal de Sorocaba, vinculada à Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba, mediante convênio. Os pacientes são encaminhados pelo clínico da unidade e submetidos à consulta com reumatologista, acompanhado por alunos de graduação e residentes de Clínica Médica. Os pacientes são avaliados quanto às queixas músculo-esqueléticas, doenças concomitantes, antecedentes, históricos de atendimento médico e capacidade funcional. Além do tratamento médico, são encaminhados para o serviço de

orientação nutricional e para o programa de alongamento da Prefeitura Municipal de Saúde.

Os objetivos desse estudo foram descrever o perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética atendidos na UBS; determinar a frequência de concordância entre o diagnóstico original de encaminhamento e aquele estabelecido pelo reumatologista e determinar o grau de incapacidade funcional dos pacientes.

MÉTODO

Estudo descritivo baseado em revisão de 40 prontuários de pacientes atendidos no programa de dor crônica do CSB do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba (CCMB-PUC/SP). Esses atendimentos foram registrados em fichas padronizadas, disponíveis nos respectivos prontuários. Os pacientes devem necessariamente residir na área de abrangência do Centro de Saúde Escola (CSE).

Realizou-se uma amostragem de conveniência. O critério de inclusão utilizado foi o prontuário médico de pacientes que tinham sido atendidos pelo menos uma vez no ambulatório de dor músculo-esquelética do CSB, encaminhados pelo clínico geral. Os critérios de exclusão adotados foram os pacientes cujos prontuários estavam preenchidos de forma incompleta e não permitiram o registro dos dados.

O desenho deste estudo é uma série de casos. As variáveis pesquisadas foram: dados demográficos (nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação prévia e a situação profissional); as características propedêuticas da dor (local, intensidade, duração, fatores moduladores); os diagnósticos (de encaminhamento, diagnósticos prévios e o definitivo dado pela equipe do programa de dor); tratamentos (medicamentos prévios e os em uso); a frequência e a prática de atividade física (aeróbico, musculação, alongamento) e o local de realização dessas atividades; doenças concomitantes; índice de incapacidade funcional feito pelo “Questionário de Avaliação de Saúde” (Health Assessment Questionnaire - HAQ)¹¹, na qual se pontua as atividades básicas diárias classificando o paciente em sem dificuldade, com pouca, com muita dificuldade ou está incapaz para atividades básicas diárias, como se vestir, deitar-se na cama, entre outras. O escore do HAQ varia entre 0 e 3, sendo 0 ausência de incapacidade e 3 incapacidade grave. Realizou-se ainda avaliação nutricional através do índice de massa corpórea (IMC).

Para fim de localização considerou-se dor difusa aquela que atinge acima e abaixo da cintura e nos dois hemisferos, dor regional quando atinge parcela do corpo que envolva múltiplas estruturas músculo-esqueléticas (cintura escapular, cintura pélvica, membro inferior ou superior unilateral e face). A intensidade da dor foi avaliada através de Escala Analógica Visual (EAV). Essa escala é composta de uma linha de 100 mm sendo ancorada pela frase “ausência de dor” na extremidade da esquerda e “dor insuportável” na extremidade da direita.

Os dados serão apurados e submetidos às seguintes análises: análise da distribuição de frequência, absoluta e relativa, das variáveis pesquisadas; testes de associação direta para a relação entre o diagnóstico inicial e o final; relação entre presença e grau de incapacidade funcional e classificação da dor; rela-

ção entre a realização de atividade física e grau de incapacidade funcional, através do teste de Qui-quadrado ou Exato de Fischer; testes de correlação direta entre intensidade da dor e renda familiar; índice de capacidade funcional e intensidade da dor; índice de capacidade funcional e duração da dor.

RESULTADOS

Estudaram-se 40 pacientes, sendo em sua maioria do sexo feminino (33 / 82,2%), etnia branca (35 / 87,5%), casados (23 / 57,5%) e com média de idade 54,8 anos. Do ponto de vista de dados sociais a maior parte tinha escolaridade inferior ao ensino fundamental (21 / 52,5%). Dezesete pacientes atuavam profissionalmente sendo que destes, quatro tinham atividade informal. Deve-se destacar que 20 pacientes estão aposentados e apenas cinco em auxílio doença pelo Instituto Nacional de Previdência Social. Ainda 20 mulheres são cuidadoras do lar. A maior parte das pacientes (20 / 66,6%) auferiram renda de até três salários mínimos vigente.

Em relação à queixa de dor músculo-esquelética, observou-se que a maioria apresentou dor crônica, ou seja, acima de seis meses de duração (75%). A duração média da dor da amostra estudada foi de 6,5 anos. Em relação à sede, 15 pacientes referiam dor difusa sendo que todas com associação a alguma localização específica (12/30%) ou mesmo dor regional e localizada juntas (3/7%). Quanto às características da dor, os pacientes referiam dor de moderada para intensa com índice médio da EAV de dor em torno de 7,32. Observou-se ainda alta frequência de sobrepeso e obesidade na amostra estudada (34/85%). Quanto à incapacidade funcional, essa se mostrou moderada com índice médio do HAQ de 1,18. A tabela 1 ilustra a distribuição das características da dor em relação à sede, duração e intensidade.

Tabela 1 - Dados Clínicos Relacionados com Queixa de Dor Crônica

	n	%	
Sede *	Difusa + localizada	12	30
	Difusa + localizada + regional	3	7
	Regional	2	5
	Regional + localizada	10	25
	Localizada	13	33
Duração (anos)	6,5 anos		
Intensidade	7,32	0,57 (DP)	

*Um mesmo paciente pode ter queixas classificadas em mais de uma das categorias, como demonstrado.

DP = desvio-padrão.

Em relação às dores consideradas localizadas, na maior parte dos pacientes envolvia articulações periféricas e a coluna vertebral. Quanto às articulações periféricas predominavam o envolvimento poliarticular. Quanto à coluna, mais de um segmento costumava estar envolvido com predomínio lombar. Na dor considerada regional, a cintura escapular foi a mais citada como sede dor. A tabela 2 descreve os dados quanto à sede das dores localizadas.

Tabela 2 - Distribuição das Dores Articulares e Regionais segundo as Articulações Envolvidas

	n	%	
Localizada	Sede		
	Articular	4	10,5
	Não articular	0	0
	Coluna	5	13,1
	Articular + coluna	29	76,3
	Número de articulações		
	Monoarticular.	2	6
	Oligoarticular	9	27,2
	Poliarticular	22	66,6
	Articulações envolvidas		
	Mãos	22	27,8
	Cotovelos	15	18,9
	Ombros	25	31,6
Joelhos	17	21,5	
Região da Coluna Vertebral			
Cervical	0	0	
Dorsal	1	2,9	
Lombar	14	41,1	
Mais de 1 segmento	19	55,8	
Regional	Cintura escapular	6	40
	Cintura pélvica	1	6,6
	Cintura escapular + pélvica	6	40
	Ombros	0	0
	Outros	2	13,3

Em relação aos realizados pelo clínico da UBS que motivou o encaminhamento, observou-se concordância em apenas sete pacientes, ou seja, 17%. Trinta e um pacientes (78%) referiram desconhecer seu diagnóstico e entre esses não se encontrou qualquer hipótese diagnóstica no prontuário. Assim a minoria dos pacientes apresentava hipótese diagnóstica concordante entre o clínico e o especialista na área. A tabela 3 mostra a relação de hipóteses diagnósticas estabelecidas.

Tabela 3 – Frequência de Diagnósticos Estabelecidos pelo Clínico e Reumatologista.

Diagnósticos	Clínico UBS *	Reumatologista
Artralgia a esclarecer		8
Artrite reumatóide	1	1
Dor miofascial		4
Espondilite anquilosante		1
Fibromialgia	4	9
Gota		1
Hérnia de disco	2	
Mialgia de panturrilha		1
Monoartrite a esclarecer		1
Periartrite de ombro		8
Osteoartrite	2	20
Osteoporose	2	1
Tendinite no membro superior	3	

* Número de pacientes com diagnósticos prévios registrados em seus prontuários.

Em relação às comorbidades observaram-se as presenças de hipertensão arterial sistêmica (12), dislipidemia (5), diabetes mellitus (5), hipotireoidismo (5), depressão (4) e outras menos frequentes (18).

Quanto à terapêutica, todos os pacientes apresentavam prescrição para medicamentos, observando-se ainda as seguintes modalidades não farmacológicas: fisioterapia (27), floral de Bach (1), massoterapia (1), acupuntura (1) e psicoterapia (1). Vinte e sete pacientes não se submetiam a qualquer modalidade não farmacológica.

A tabela 4 mostra a frequência de prescrição das principais modalidades farmacêuticas prescritas com predomínio absoluto dos antiinflamatórios não hormonais.

Tabela 4 – Principais Classes Farmacológicas Registradas nos Prontuários Analisados.

Fármacos	n *	%
Antiinflamatório não hormonal	35	87,5
Analgésico	6	15
Corticosteróide sistêmico	1	2,5
Bloqueador neuromuscular	15	37,5
Antidepressivos	6	15
Anti-hiperuricêmicos	2	5
Outros	25	62,5

* Um mesmo paciente pode utilizar mais de uma classe farmacológica, portanto o total é maior do que 100%.

Em relação à prescrição de exercícios, não havia registro nos prontuários. Perguntando-se para os pacientes obteve-se a seguinte frequência de prática de atividade física: exercícios aeróbico-caminhadas (12), alongamento (3) e mais de uma modalidade (3). Vinte e dois pacientes não fazem qualquer exercício.

DISCUSSÃO

Os dados demográficos apresentados, embora não possam ser considerados representativos da população geral brasileira, representam a parcela residente na área de abrangência da unidade estudada. Essa UBS localiza-se na região central da cidade de Sorocaba. Essa cidade se localiza no interior do Estado de São Paulo, com cerca de 600.000 habitantes e com vocação para a indústria e o comércio. Na área central tem-se uma população mais idosa. A baixa renda e escolaridade refletem a camada populacional que frequenta o serviço público de saúde para atendimento médico. Em relação ao gênero, o sexo feminino predomina em todos os levantamentos de doenças que tem na dor crônica seu sintoma principal¹².

O predomínio de queixas crônicas era de certa forma esperado na medida em que dores de caráter agudo são habitualmente atendidos em unidades de urgência como os Prontos-Atendimentos. Dor difusa foi a característica que predominou. Sabe-se que queixas músculo-esqueléticas crônicas associadas ao estresse crônico, bastante prevalente atualmente, é a combinação mais frequente desencadeadora da síndrome fibromiálgica¹³. Dor difusa é um dos sinto-

mas centrais para o diagnóstico dessa síndrome¹⁴. A presença de dor difusa por si só vem sendo associada a maior morbidade e mesmo mortalidade. Assim sua abordagem é fundamental para a melhora da saúde e da qualidade de vida dos pacientes¹⁵.

Nove pacientes preenchem os critérios para fibromialgia do Colégio Americano de Reumatologia¹⁶, portanto, seis pacientes, apesar de apresentarem dor difusa não têm os 11 pontos dolorosos para o diagnóstico definitivo.

A relação entre doenças com dor músculo-esquelética e peso corporal excessivo foi confirmada no presente estudo. A presença de redução da capacidade funcional também foi constatada através do HAQ. Embora o HAQ não reflita toda a complexidade da incapacidade funcional e do impacto das doenças na qualidade de vida, ele dá uma idéia do grau de dificuldade para se realizar atividades do cotidiano. Observou-se que a incapacidade funcional foi considerada moderada. Poderia-se supor, à princípio, que os grandes incapacitados estariam excluídos desta amostra porque foram atendidos no nível secundário de atenção à saúde ou pelo programa Saúde da Família. Grandes incapacitados devido a doenças músculo-esqueléticas teriam dificuldade de locomoção. Assim mesmo, as dificuldades encontradas colocam os pacientes no limite inferior do que se classifica como incapacidade moderada pelo HAQ. Assim tem-se uma oportunidade de trabalho de reabilitação e prevenção a ser estabelecido.

Em relação a localização da dor houve predomínio da associação articulações e coluna vertebral. Considerando-se a amostra populacional estudada e idade mais avançada do que a média, já se esperava um predomínio de doenças degenerativas que têm nas grandes articulações e na coluna sua sede mais freqüente¹². Nesse mesmo sentido observou-se predomínio de envolvimento de coluna lombar. Também foi observada alta frequência de envolvimento do ombro. Em relação às doenças de ombros deve-se lembrar a alta prevalência de lesões de partes moles. Na presente amostra foi confirmado na consulta com o reumatologista.

Em relação à análise das hipóteses diagnósticas realizadas, considerando-se que o especialista que conduziu este estudo tem grande experiência na área da Reumatologia e em especial em dor crônica, pode-se considerar suas hipóteses como parâmetro de comparação. Pode-se considerar preocupante haver concordância nas hipóteses em apenas 17% dos casos. A maioria dos pacientes recebia tratamento sintomático baseados em hipóteses diagnósticas equivocadas ou ainda sem hipótese definida. A ausência de hipótese registradas em parte significativa dos prontuários pode refletir a dificuldade diagnóstica na área músculo-esquelética do clínico da UBS ou ainda o mau preenchimento observado em parte dos prontuários revisados. A necessidade de reciclagem para clínicos em Reumatologia já tem sido motivo de providências das sociedades científicas, porém consideraram-se medidas ainda tímidas frente à extensão do problema.

Quanto aos diagnósticos específicos predominaram a osteoartrite, fibromialgia e periartrite de ombro como já esperado. Diagnósticos mais complexos, como por exemplo,

artrite reumatóide e espondilite anquilosante foram uma minoria, uma vez que esses pacientes são habitualmente encaminhados para unidades secundárias e terciárias de atendimento.

O predomínio de antiinflamatórios, analgésicos e bloqueadores neuromusculares refletem a dificuldade diagnóstica observada impedindo o estabelecimento de terapêutica modificadora doença. Nesse sentido o uso indiscriminado de antiinflamatórios, especialmente em idosos, tem sido motivo de alerta em função de sua toxicidade¹⁷.

No tocante à terapêutica não medicamentosa observou-se predomínio da fisioterapia e exercícios. A prática de exercício é estimulada na UBS inclusive com formação de grupos de alongamento e caminhada. Observou-se, porém que os exercícios são apenas recomendados e não prescritos como deveriam ser. Não há inclusive registro em prontuários dessa recomendação e nem tampouco se estabelece frequência, tipo e intensidade, itens necessários nesse tipo de prescrição. Os exercícios aeróbicos, seguidos do alongamento, são os mais praticados pelos pacientes.

Os resultados do presente estudo foram concordantes com Gil Gregorio e col. que estudaram 1120 pacientes idosos atendidos no setor primário de atendimento na Espanha, encontraram um predomínio de dor crônica de etiologia degenerativa e com dor moderada (EAV – 7,1). Observaram também maior uso de analgésicos e antiinflamatórios não hormonais em relação a outras modalidades farmacêuticas¹⁸.

Conclui-se, portanto, que a maior parte dos pacientes que se tratam por dor músculo-esquelética nas UBS é em sua maioria mulheres, com queixas crônicas envolvendo tanto articulações periféricas quanto a coluna vertebral. Os diagnósticos mais prevalentes são osteoartrite e fibromialgia. Houve uma baixa concordância entre os diagnósticos estabelecidos pelo clínico e o reumatologista. Em relação ao tratamento a modalidade mais utilizada é a medicamentosa com predomínio de analgésicos e antiinflamatórios não hormonais. Houve baixa utilização de tratamentos não medicamentosos e exercícios físicos.

REFERÊNCIAS

01. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, et al. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. *J Rheumatol*, 1995;22:270-274.
02. Kelley P, Clifford P. Coping with chronic pain: assessing narrative approaches. *Soc Work*, 1997;42:266-277.
03. Roux CH, Guillemin F, Boini S, et al. Impact of musculoskeletal disorders on quality of life: an inception cohort study. *Ann Rheum Dis*, 2005;64:606-611.
04. Main CJ, Williams AC. Musculoskeletal pain. *BMJ*, 2002;325:534-537
05. Sokka T. Assessment of pain in patients with rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2003;17:427-449.
06. Patten SB, Williams JV, Wang J. Mental disorders in a population sample with musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskelet Disord*, 2006;7:37-46.
07. Teixeira MJ, Pimenta CAM. Epidemiologia da Dor. In: Teixeira MJ. *Dor: Conceitos Gerais*, São Paulo, Limay, 1995;61.
08. Cailliet R. *Dor: Mecanismos e Tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999;258-303.
09. Garcia MLB, Calich I – Artrites e Artralgias In: Martins MA, Bensenor IM, Atta J – *Semiologia Clínica*, São Paulo, Sarvier, 2002;566-574.
10. Uhlig T, Hagen KB, Kvien TK. Why do patients with chronic musculoskeletal disorders consult their primary care physicians? *Curr Opin Rheumatol*, 2002;14:104-108.
11. Wolfe F. Which HAQ is best? A comparison of the HAQ, MHAQ and RA-HAQ, a difficult 8 item HAQ (DHAQ), and a rescored 20 item HAQ (HAQ20): analyses in 2,491 rheumatoid arthritis patients following leflunomide initiation. *J Rheumatol*, 2001;28:982-989.
12. Helme RD, Gibson SJ. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med*, 2001;17:417-431.
13. Staud R. Fibromyalgia pain: do we know the source? *Curr Opin Rheumatol*, 2004;16:157-163.
14. Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, et al. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin. Arthritis Rheum*, 1981;11:151-171.
15. Andersson HI. The course of non-malignant chronic pain: a 12-year follow-up of a cohort from the general population. *Eur J Pain*, 2004;8:47-53.
16. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 1990;33:160-172.
17. Phillips AC, Polisson RP, Simon LS. NSAIDs and the elderly. Toxicity and economic implications. *Drugs Aging*, 1997;10:119-130.
18. Gil Gregorio P, Moreno A, Rodríguez MJ, et al. Pain management in elderly people in primary care. *Rev Clin Esp*, 2007;207:166-171