

Calidad de vida y depresión en el estudio EPIDOR

M. González^a, J. Tornero^b, J. Carbonell^c, R. Gabriel^d e I. Sánchez-Magro^e

^aServicio de Reumatología. Hospital El Escorial. Madrid. España. ^bServicio de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara. España. Madrid. ^cServicio de Reumatología. IMAS. Madrid. España. ^dServicio Epidemiología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ^eDepartamento Científico. Grupo Grünenthal. Madrid. España.

Objetivos: Evaluar, en pacientes con enfermedades osteoarticulares, el grado de control del dolor, la calidad de vida, y la prevalencia y las características de los síntomas depresivos.

Métodos: Estudio transversal, con inclusión aleatorizada de 1.134 pacientes visitados en las consultas externas de reumatología. En todos los pacientes incluidos se determinó la prevalencia y la intensidad del dolor por la Escala Visual Analógica (EVA) y por el Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor (BPI), el grado de satisfacción terapéutica mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, la calidad de vida a través del cuestionario SF-36 y la presencia de síntomas depresivos por la escala de Zung.

Resultado: La prevalencia de dolor fue de un 96,2%. Los tratamientos más habituales fueron los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (57,5%) y el paracetamol (29,8%); sólo un 18% de pacientes tomaba tratamiento analgésico combinado, y menos de un 6%, opioides. El grado de satisfacción terapéutica fue regular o malo en un 45% de los pacientes estudiados. Más del 90% de pacientes presentaba algún tipo de sintomatología depresiva. La intensidad del dolor y el grado de insatisfacción terapéutica se asoció con la intensidad de la sintomatología depresiva y con una menor calidad de vida de estos pacientes.

Conclusión: Los pacientes con enfermedad osteoarticular controlados en consultas externas de reumatología refieren con frecuencia una pobre satisfacción terapéutica en el control del dolor, lo que influye en una menor calidad de vida y en la presencia de sintomatología depresiva asociada.

Palabras clave: Dolor. Analgésico. Calidad de vida. Depresión.

Quality of life and depression in the epidemiology of pain in rheumatology (EPIDOR) Study

Objectives: To evaluate pain control, quality of life, the prevalence of depressive symptoms, and their characteristics in rheumatology patients.

Methods: A cross-sectional study of 1134 randomized patients attending outpatient rheumatology clinics was performed. Pain prevalence and intensity among all patients included in the study was determined by a Visual Analog Scale (VAS) and by the Brief Pain Inventory (BPI). Satisfaction with treatment was evaluated by a five-point Likert-like scale, quality of life was assessed by the SF-36 questionnaire and the presence of symptoms of depression was analyzed by the Zung scale.

Result: The prevalence of chronic pain was 96.2%. The most frequent treatments were nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) (57.5%) and acetaminophen (29.8%); combined analgesics were taken only by 18% of the patients and opioids by less than 6%. The degree of satisfaction with treatment was fair or poor among 45% of the studied patients. More than 90% of the patients had some kind of depressive symptoms. Pain intensity and the degree of treatment satisfaction were associated with the severity of depressive symptoms and lower quality of life in these patients.

Conclusion: Patients with musculoskeletal disease managed in outpatient rheumatology clinics report a low degree of satisfaction with pain control, which influences their lower quality of life and the presence of associated depressive symptoms.

Key words: Pain. Analgesic. Quality of life. Depression.

Correspondencia: Dra. I. Sánchez-Magro
Departamento científico. Grupo Grünenthal España.
Doctor Zamenhof, 36. 28027 Madrid. España.
Correo electrónico: isabel.sanchez@grunenthal.es

Manuscrito recibido el 7-4-2004 y aceptado el 18-1-2005.

Introducción

Las enfermedades reumáticas representan uno de los principales problemas de salud, sobre todo por su elevada morbilidad que deriva de la incidencia y la

prevalencia elevadas de éstas enfermedades. Se estima que hasta un 40% de la población adulta padece alguna de ellas. Además, suponen un 15% de las consultas de medicina primaria y son la causa de aproximadamente el 10% de las urgencias médicas. El dolor y la incapacidad funcional son responsables del 25% de las incapacidades laborales transitorias y del 30% de las permanentes¹. Todo ello supone un alto coste social y económico que redundará en una creciente necesidad de conocer y mejorar la calidad de vida de nuestros enfermos con objeto también de optimizar los recursos disponibles.

El dolor es el motivo más frecuente de consulta al profesional de la medicina. Esto mismo se ha comprobado en las consultas de reumatología, y su prevalencia es casi universal. El dolor integra por tanto un componente nociceptivo o sensorial y otro afectivo o reactivo que modula el denominado sufrimiento asociado al dolor² y que además está asociado a la calidad de vida y a la sintomatología depresiva percibida por los pacientes.

En la actualidad, se asume que el concepto de calidad de vida engloba las dimensiones básicas de bienestar y funcionalismo de las esferas biopsicosociales de la vida humana^{3,4}. El interés creciente por la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud se debe al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Además, la evaluación de la calidad de vida se ha incluido entre los parámetros recomendados por las conferencias de consenso y los organismos internacionales en la evaluación de enfermedades como la artritis reumatoide, la artrosis y el lupus eritematoso⁵⁻⁷. La calidad de vida relacionada con la salud se puede medir hoy día gracias a una serie de cuestionarios que se han convertido en herramientas imprescindibles para la evaluación de la salud en grupos de población, la medición del impacto de las enfermedades crónicas o la evaluación de nuevos tratamientos⁸⁻¹².

Por otro lado, el componente afectivo que se puede encontrar en las enfermedades crónicas requiere la atención de las necesidades psicológicas de los pacientes¹³. En este sentido, la depresión asociada al dolor y la discapacidad funcional propias de las enfermedades reumáticas crónicas constituyen un factor esencial en la valoración del sufrimiento de estos enfermos, y además puede medirse a través de diversos cuestionarios específicos¹⁴⁻¹⁷.

Existen aspectos relacionados con el dolor, como su interferencia en los planos físico, psíquico y social del paciente, su prevalencia, la forma en que lo sufre el paciente, cómo afecta a otros aspectos de su vida y los medios que utiliza para combatirlo, que aún permanecen sin evaluar en profundidad. Además, existe la tendencia de pasar por alto los síntomas psicológicos tanto por parte del paciente como de los propios médicos, a pesar de la impresión general de que éstos son muy prevalentes en los pacientes reumáticos¹⁸⁻²⁰ y de que condi-

cionan una carga negativa no despreciable en la calidad de vida de estos pacientes.

El objetivo del estudio EPIDOR fue estimar la prevalencia y la intensidad del dolor en los pacientes con enfermedad del aparato locomotor visitados en consultas externas de reumatología, analizar la prevalencia de los síntomas depresivos, evaluar la posible asociación entre el dolor y los síntomas depresivos y, finalmente, estudiar la interferencia que todo ello provoca en la calidad de vida de estos pacientes.

Métodos

El estudio EPIDOR es un estudio transversal que evalúa la prevalencia del dolor, sus características y sus causas, en una muestra de pacientes atendidos en consultas de reumatología, no monográficas, de ámbito nacional. Participaron especialistas en reumatología de los hospitales incluidos en el registro de servicios hospitalarios de reumatología de la Sociedad Española de Reumatología. En el estudio intervinieron 59 servicios de reumatología de 31 provincias en 17 comunidades autónomas, lo que representa una cobertura prácticamente total de la nación. El trabajo de campo se realizó de forma simultánea en el curso de 2 semanas, lo que añade robustez al carácter transversal del diseño del estudio.

La mayoría de los centros aportaron 20 pacientes. El centro con menos inclusiones aportó 10 pacientes. La información referida a datos personales de los pacientes quedó protegida por un sistema de códigos numéricos, de forma que sólo fue conocida por el médico responsable de cada paciente.

Criterios de selección

Se incluyó a los pacientes que acudían a la consulta de reumatología cuyo número de orden coincidía con el prefijado en una tabla de números aleatorios facilitados desde el centro coordinador. A cada investigador participante se le facilitaron 2 listados de números aleatorios: uno para pacientes nuevos (6 pacientes) y otro para pacientes en revisión (14 pacientes), para asegurar la proporción correcta de ambos tipos de pacientes en la muestra de cada centro y en la global.

Los médicos participantes aplicaron el protocolo de entrevista a los pacientes cuyo número en el orden de cita coincidía con el de la tabla predefinida. Cuando un paciente cumplía un criterio de exclusión y no podía ser seleccionado, se procedía a incluir a un paciente citado inmediatamente después y que perteneciera a la misma categoría.

Como criterio de exclusión se empleó cualquier circunstancia de orden físico o social, que hiciese imposible la recogida fiable de información (demencia, problemas de memoria, dificultad para entender las preguntas o utilizar la Escala Visual Ana-

lógica (EVA) de medición de la intensidad del dolor). Este criterio se aplicó a consideración del investigador.

Instrumentos para la recogida de datos

Para la evaluación de los datos, el investigador realizaba una entrevista clinicoepidemiológica utilizando un cuestionario estandarizado que permitía recoger las características sociodemográficas de los pacientes y el tratamiento seguido, incluyendo la modalidad terapéutica, el prescriptor, los agentes empleados, la dosis, la duración, el grado de alivio obtenido, la tolerabilidad y el grado de satisfacción proporcionado. Finalmente, también se recogieron las principales comorbilidades asociadas.

La prevalencia del dolor se obtuvo a través de la pregunta «¿Ha presentado o presenta dolor osteoarticular en el curso de la última semana?», y se analizó su intensidad mediante una EVA (0 a 100 mm) y la versión validada en castellano del Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor (BPI), que evalúa la intensidad y la interferencia del dolor en las actividades cotidianas en el curso de las últimas 24 h, mediante escalas de 0 a 10²¹. El grado de satisfacción con la terapia farmacológica se midió mediante una escala de Likert de 5 puntos (excelente, muy bueno, bueno, regular o malo) y, finalmente, se preguntó sobre si el tratamiento recibido era suficiente y les permitía realizar una vida normal.

La calidad de vida se analizó mediante el cuestionario autoaplicado de vida SF-36, en su versión validada al castellano^{8,9}.

Para valorar la sintomatología depresiva se utilizó la Escala de Zung, en su versión validada²². Se trata de una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada, en cierto modo, de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somaticoconductual del trastorno depresivo. Se trata de una escala fiable y válida que fue probablemente una de las primeras en validarse en España y ha tenido una amplia difusión²². Cabe destacar que mediante esta escala no se está determinando un diagnóstico de enfermedad depresiva, sino la presencia de sintomatología depresiva, y se emplea con frecuencia como herramienta de cribado de la depresión.

Análisis estadístico

Para detectar con un intervalo de confianza del 95% una prevalencia estimada de dolor del 80 ± 5% (hipótesis estadística de partida), entre los pacientes atendidos en consultas de reumatología, hubiera sido necesaria una muestra mínima de 246 sujetos. Con el fin de poder realizar comparaciones entre los grupos se decidió aumentar la muestra a 1.134 pacientes.

Se realizó un análisis descriptivo inicial de la información por medio de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y de distribución de frecuencias para las cualitativas.

Se analizaron los datos de prevalencia del dolor en la muestra global, y su distribución según si se trataba de una nueva consulta o de una revisión. Se compararon las variables del estudio. Se hizo una descripción del dolor en cuanto a sus características y se describieron los tratamientos y su tolerabilidad y el grado de satisfacción. Se describió el estado de salud del paciente y la influencia que tenía el dolor en su calidad de vida. Se comparó la intensidad del dolor según los grados de depresión y se midió, asimismo, el grado de depresión de los pacientes.

Para el análisis comparativo por grupos se utilizaron el test de la t de Student y el análisis de la varianza en variables cuantitativas, y la prueba de la χ^2 en las cualitativas. En las variables ordinales se aplicó el test de tendencia lineal. Para estudiar la asociación entre 2 variables continuas se utilizó la tendencia lineal.

Para los contrastes de hipótesis se utilizó un intervalo de confianza del 95%.

Resultado

Se estudió a 1.134 pacientes atendidos en consultas de reumatología en la población española. De ellos, 362 (31,9%) acudían por primera vez a la consulta de reumatología y 772 (68,1%) eran pacientes de revisión. La distribución por sexos muestra un 28,4% de varones frente a un 71,6% de mujeres. La edad media fue de 53,1 ± 14,8 años. El 47,2% de los pacientes tenía un nivel sociocultural bajo y no había terminado los estudios primarios. Sólo menos del 10% tenía estudios de grado superior. La cuarta parte de los entrevistados presentaba hábito tabáquico, y un 9,6% reconoció ser consumidor habitual de alcohol.

Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (21,7%), la depresión (14,4%), la enfermedad digestiva (13,8%) y la ansiedad (13,0%).

De un total de 1.130 pacientes, el 96,2% afirmó que presentaba dolor en el momento de la entrevista o durante la semana previa. La prevalencia del dolor era superior en los pacientes que acudían por primera vez a la consulta (96,8%) que en los pacientes de revisión (95,1%). La duración del dolor se recogió en 1.041 pacientes, de los cuales el 79,1% presentaba dolor desde hacía más de 6 semanas (dolor crónico) mientras que el 20,9% lo hacía desde hacía menos tiempo (dolor agudo). La intensidad del dolor actual, medida con una EVA fue de 56 ± 23 mm. Las enfermedades con menor intensidad media de dolor fueron las enfermedades metabólicas (50 mm), mientras que la máxima intensidad de dolor fue para la fibromialgia (67 mm).

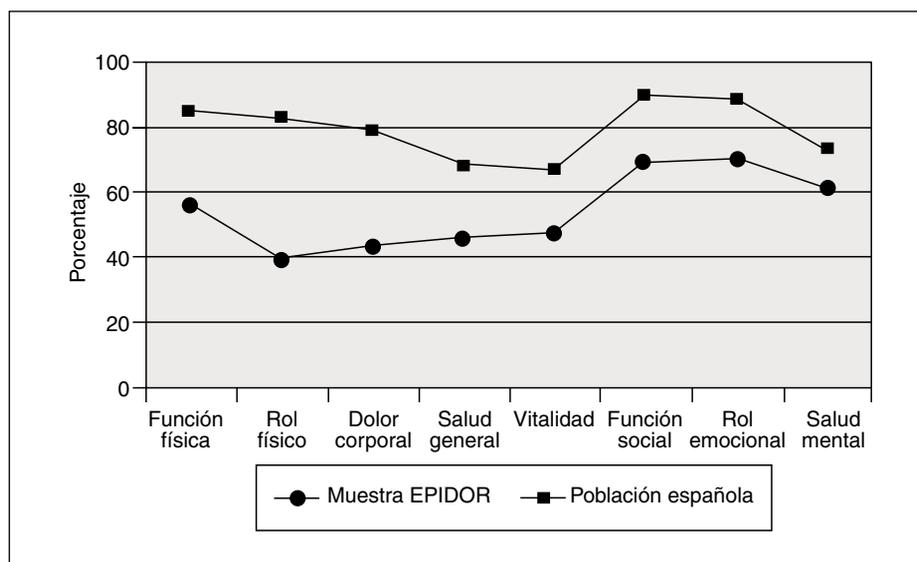


Figura 1. Comparación de las puntuaciones del cuestionario SF-36 de la población española frente a la población de estudio.

TABLA 1. Resultados del SF-36 en la muestra y en la población general

Dimensiones del SF-36	Muestra EPIDOR			Población española	
	N	Media	IC del 95%	Media	DE
Función física	1.101	56,1	57,6-54,5	84,7	24,0
Rol físico	1.098	39,4	42,0-36,9	83,2	35,2
Dolor corporal	1.127	42,9	44,4-41,5	79,0	27,9
Salud general	1.091	45,8	47,0-44,5	68,3	22,3
Vitalidad	1.105	47,1	48,6-45,6	66,9	21,1
Función social	1.126	69,2	70,8-67,5	90,1	20,0
Rol emocional	1.092	70,4	72,9-67,9	88,6	30,1
Salud mental	1.102	60,7	62,1-59,3	73,3	20,1

IC: intervalo de confianza; DE: desviación estándar.

El diagnóstico principal más frecuente en los pacientes estudiados fue el de artrosis (29%), seguido de la artropatía inflamatoria crónica (23,6%), los reumatismos extraarticulares (15,2%) y la fibromialgia (12,7%). Dentro de la categoría principal –artrosis–, las localizaciones más frecuentes fueron la columna vertebral (14,6%) y la rodilla (11,9%).

De los 1.134 pacientes estudiados, el 20% no tomaba ningún analgésico en el momento de acudir a la consulta, mientras que el 80% recibía uno o más fármacos analgésicos para controlar el dolor. Los tratamientos farmacológicos más utilizados fueron los AINE (57,5%), seguidos del paracetamol (29,8%), el metamizol (6,44%), los opioides (5,64%) y otros (4,67%). Del total de pacientes sólo 208 (18,08%) tomaban tratamientos combinados, y la asociación más frecuente fue la del paracetamol y los AINE. El 41% de los pacientes en revisión y hasta un 60% de los que consultaban por primera vez manifestaron un alivio regular o malo del dolor con el tratamiento realizado. En cuanto a la satisfacción con el tratamiento analgésico recibido, el

TABLA 2. Resumen de puntuaciones mediante la combinación física y el estado de salud mental

	N	Media	DE	Mediana
Componente físico estandarizado (PCS)	1.020	35,10	10,74	34,69
Componente mental estandarizado (MCS)	1.020	47,46	12,81	50,52

3,25 respondió que el beneficio era «excelente», el 13,5% «muy bueno», el 38,2% «bueno», el 36,4% «regular» y el 8,6% «malo». Finalmente, en relación con la suficiencia del tratamiento recibido, casi la mitad de los pacientes (el 48% de la muestra) lo consideraba insuficiente.

La calidad de vida de los pacientes del estudio EPIDOR fue significativamente peor ($p < 0,05$) que la reportada en la población general española^{23,24} (fig. 1). En los pacientes del estudio EPIDOR, la dimensión que obtuvo una menor puntuación (peor estado de salud) fue la del «rol físico» (39,4), seguida de dolor corporal (42,9). La puntuación más elevada correspondió al «rol emocional» (70,4) seguido de la función social (69,2) (tabla 1). Al estudiar el índice sumario, se observaba que los pacientes presentaban un mayor deterioro del estado físico que del mental: el componente físico estandarizado (PCS) presentó una media de $35 \pm 10,7$ y el componente mental estandarizado (MCS), de $47,4 \pm 12,8$ (tabla 2).

La intensidad de dolor, medida por EVA, estaba significativamente asociada ($p < 0,001$) a la valoración de la calidad de vida por el SF-36 en todas sus dimensiones para la mujer y en los roles corporal y físico, pero no en el emocional y en la salud mental para el varón. Los pacientes con dolor presenta-

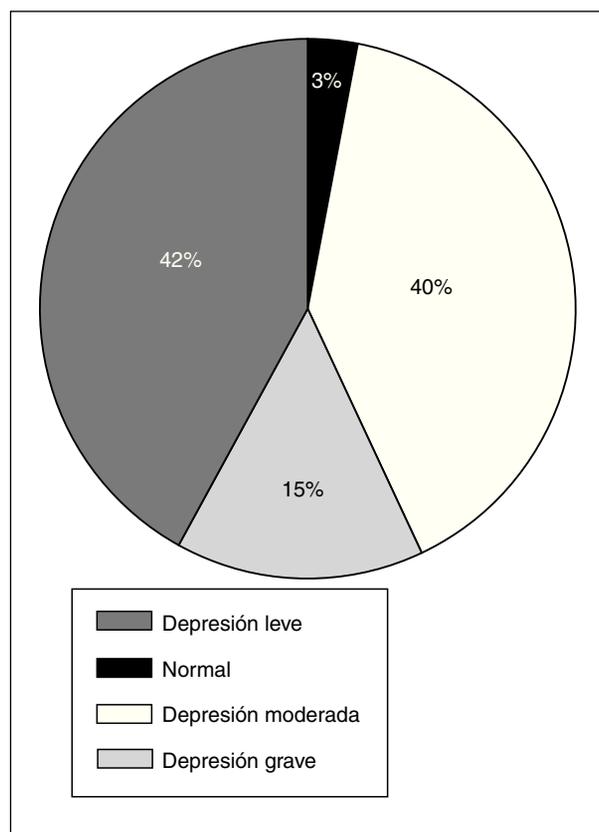


Figura 2. Resultados de la escala de Zung en la muestra de estudio.

ban un PCS medio de $34,5 \pm 10,4$, que difería significativamente ($p < 0,0001$) del de los pacientes sin dolor ($48,2 \pm 8,5$). Lo mismo se observaba para el MCS, con una puntuación de $47,2 \pm 12,9$ en el grupo de dolor y de $53,7 \pm 9,0$ en el grupo sin dolor. Otros factores que influyeron sobre la calidad de vida de los pacientes fueron el sexo, con puntuaciones más bajas de funcionamiento físico y mental globales y en cada una de las dimensiones ($p < 0,001$) para las mujeres; la edad, que mostraba mejores parámetros de calidad en el grupo de menores de 18 años seguido del de 18 a 45 años; el alto nivel de estudios, que se relacionaba con mejores puntuaciones del SF-36; el estado civil, en que los solteros obtuvieron mejores puntuaciones; la práctica de algún tipo de ejercicio físico, que también influyó positivamente en los parámetros de calidad, y finalmente, el grado de satisfacción del paciente con el tratamiento recibido.

Del total de 1.017 pacientes que cumplimentaron la escala de Zung sólo en un 3% no se evidenciaban síntomas de depresión, mientras que un 41,3% presentaba un grado depresivo leve, y un 55%, moderado o grave. Se obtuvo así una puntuación media \pm desviación estándar (DE) de $60,51 \pm 7,24$ en la muestra, excluyendo la fibromialgia, cuya punua-

ción media \pm DE fue de $66,13 \pm 7,91$ (fig. 2). Llama la atención que, aunque en el momento de la encuesta sólo un 14,37% de los casos presentaba un diagnóstico clínico de depresión (163 pacientes), más del 95% mostrara síntomas clínicos sugerentes de depresión.

El dolor, medido por BPI o EVA, se asoció significativamente ($p < 0,001$) con la presencia de sintomatología depresiva (fig. 3). En este sentido, las personas sin depresión tienen grados máximos de dolor inferiores a los mínimos de las personas con síntomas graves de depresión.

Por otra parte, el grado de satisfacción con el tratamiento farmacológico se asoció también significativamente a la presencia de sintomatología depresiva. En este sentido, sólo un 6% de los pacientes que percibía un beneficio muy alto del tratamiento sufría síntomas depresivos graves, frente a un 25% de los que percibían un beneficio «regular o malo» ($p < 0,001$).

Otros factores que en el estudio univariante se asociaron a un aumento significativo de la presencia de síntomas depresivos fueron: ser mujer, una mayor edad, un menor nivel de estudios, el estado civil (divorciados) y ciertas enfermedades osteoarticulares, como la fibromialgia o las fracturas vertebrales (datos no mostrados).

Discusión

El estudio EPIDOR ha puesto de manifiesto una alta prevalencia de dolor a pesar del tratamiento instaurado ($> 90\%$ casos) entre los pacientes que acuden a una consulta en el ámbito de la reumatología. Además, el dolor y el grado de insatisfacción terapéutica estaban estrechamente relacionados con la sintomatología depresiva y con una menor calidad de vida percibida por estos pacientes. Nuestros datos muestran que hasta el 41% de los pacientes en revisión y el 60% de los nuevos estaban insatisfechos con su tratamiento que, por otra parte, estaba limitado al primer escalón analgésico de la Organización Mundial de la Salud (AINE, paracetamol, metamizol), en el 93,7% de los casos. Recientemente, la Sociedad Americana del Dolor ha elaborado un documento de consenso, en colaboración con la Academia Americana de Medicina del Dolor, en que se establece que el dolor crónico es con frecuencia tratado de forma inadecuada, a pesar de la existencia de tratamientos efectivos y seguros. Este documento destaca que los analgésicos opioides deben ser considerados un elemento esencial en los esquemas de tratamiento del dolor crónico, ya que muchas de las limitaciones en las que se basa su escasa utilización carecen de evidencia científica y deben reanalizarse²⁵. Todo ello nos hace pensar que un mayor control terapéutico del dolor, quizá a través de analgésicos más potentes como los opioides, podría mejorar significativamente la calidad de vida de estos pacientes, tal y

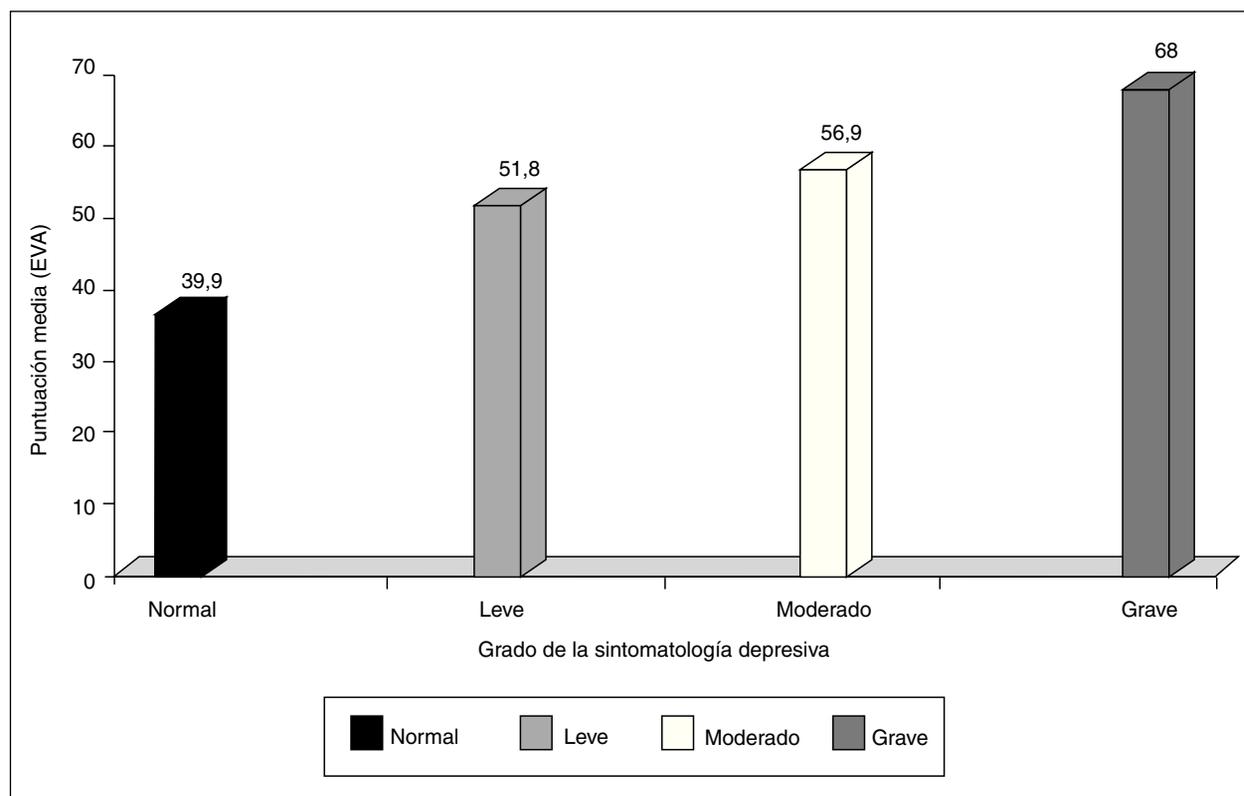


Figura 3. Relación entre la intensidad del dolor y la sintomatología depresiva. EVA: Escala Visual Analógica.

como se ha demostrado recientemente en varios estudios publicados²⁶⁻³¹. No obstante, obviamente, el carácter transversal de nuestro estudio impide establecer de forma definitiva relaciones de tipo causal entre la intensidad del dolor y la suficiencia del tratamiento, con la presencia de sintomatología depresiva y la reducción de la calidad de vida de los pacientes incluidos en el estudio.

En este estudio hemos puesto de manifiesto también que la calidad de vida de los pacientes reumatológicos es significativamente menor que la de la población española en todas sus dimensiones¹⁰. Este dato también se ha constatado en otros estudios^{23,24} donde se ha puesto de manifiesto el deterioro de la calidad de vida a través del elevado número de visitas médicas e ingresos relacionados con enfermedades osteoarticulares. Las diferencias existentes entre la puntuación global del estudio EPIDOR y otros existentes realizados en la población general^{23,24} se deben, probablemente, a que en nuestro trabajo se registraron datos provenientes de pacientes con enfermedades reumáticas, con lo que la gravedad y la repercusión de la enfermedad en la calidad de vida eran, al principio, previsiblemente mayores.

Nuestros pacientes presentaron, como peculiaridad, un mayor deterioro del estado físico que del men-

tal, y existía también una asociación significativa entre el estado físico y la intensidad del dolor percibida en ambos sexos. Sin embargo, la asociación estado mental-intensidad del dolor sólo mostró significación en las mujeres. Finalmente, el estudio mostró, además, que la satisfacción con el tratamiento estaba fuertemente asociada al estado de salud en todas sus dimensiones.

Otro de los datos destacables en el estudio EPIDOR fue la gran prevalencia de la sintomatología depresiva. Así, aunque sólo un 14,37% de los casos presentaba en el momento de la encuesta un diagnóstico clínico de depresión, la escala de Zung evidenció que hasta un 55% de los pacientes mostraba sintomatología depresiva moderada o grave en el momento de la consulta. Estos datos contrastan de forma llamativa con los estudios realizados en la población general, en los que se establece una prevalencia de depresión del 5,26 al 13%³², aunque con la escala de Zung tan sólo se mide la aparición de sintomatología depresiva, y no se usa para establecer el diagnóstico de esta afección. Si se comparan los datos referentes a la sintomatología depresiva con otros estudios realizados en enfermedades reumatológicas^{32,33}, se puede comprobar que el estudio EPIDOR pone de manifiesto una mayor prevalencia de sintomatología depresiva, que podría

deberse, al menos en parte, a la inclusión de pacientes con fibromialgia y aplastamientos/fracturas vertebrales, cuyos índices de sintomatología depresiva son claramente superiores, en torno al 70-75%. En el estudio EPIDOR, las mujeres presentaban mayor sintomatología depresiva y de mayor gravedad que los varones. Estos resultados son concordantes con los de la mayoría de los autores, que coinciden en que las mujeres son más depresivas que los varones, no sólo en lo que concierne a las enfermedades reumatológicas, como la artritis reumatoide^{34,35}, sino también en la población general. Respecto a la relación existente entre la sintomatología depresiva y la edad, encontramos una mayor prevalencia en los pacientes mayores de 45 años, lo que difiere de algunos estudios^{36,37}. No obstante, estas comparaciones deben tomarse con prudencia, ya que estos estudios han seguido una metodología diferente, y para el análisis de los síntomas depresivos se han utilizado distintas escalas y criterios diagnósticos.

Otro aspecto susceptible de análisis es la utilización de fármacos antidepresivos en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico. De todos es sabido que algunos estudios han encontrado una correlación directa entre la mejoría de la clínica depresiva y la mejoría de la percepción del dolor al iniciar el tratamiento con antidepresivos³⁸. De igual manera, es interesante que estos fármacos también hayan mostrado en otros estudios una mejoría en el dolor sin efectos sobre la depresión, lo que puede atribuirse a la acción analgésica que por sí mismos pueden mostrar³⁹. Esta acción parece estar basada en la inhibición de la recaptación de noradrenalina y serotonina, mecanismo de acción compartido con algún opioide, como el tramadol.

El estudio EPIDOR es el primer estudio que analiza de forma global el dolor en las enfermedades reumáticas, sus características y su repercusión sobre la calidad de vida y el estado emocional. Estos resultados, sin embargo, pueden no ser extrapolables a la totalidad de los pacientes con enfermedades osteomusculares controlados en consultas externas de reumatología debido a una sobrerrepresentación de la enfermedad inflamatoria articular observada en este estudio.

En resumen, este estudio evidencia un escaso control del dolor y una alta insatisfacción terapéutica que se asocia con un incremento de la sintomatología depresiva y una menor calidad de vida de los pacientes visitados en consultas externas de reumatología en comparación con la población general. Dado que la administración concomitante de analgésicos opioides y de antidepresivos parece ser una buena alternativa terapéutica en los pacientes con dolor crónico, creemos que sería interesante la realización de nuevos trabajos en este sentido, especialmente debido a la mayor supervivencia de la población actual y, con ello, el incremento de la frecuencia de enfermedades crónicas.

Agradecimientos

El estudio estuvo esponsorizado por la Fundación Grünenthal.

Los autores agradecen su participación en el estudio a los siguientes investigadores: J. Aguilar, A. Álvarez, J.L. Álvarez, A. Álvarez de Cienfuegos, C. Armas, B. Aspe, J. Ballina, C. Barbazán, M.A. Belmonte, J. Belzunegui, M. Brito, F. Cabero, J.A. Cabeza, E. Calero, J. Calvo, J. Calvo, M. Cantalejo, A. Carro, O. Codina, H. Corominas, M. Crespo, J. Cruz, A.F. Cruz, E. Cuende, M. de Haro, C. Díaz, L. Espadaler, F. Fernández, L. Fernández, A. Fernández, M. Fernández, C. Fito, A. Gallegos, J. Gálvez, J. García, C. García, F.C. García, A. García, R.M. García, F. García, J. García-Arroba, M.D. Giménez, M. González, G. Graña, R. Gutiérrez, M.A. Guzmán, R. Ibáñez, J. Ibáñez, E. Loza, O. Maiz, O. Martínez, A. Martínez, C. Mata, J.R. Miguélez, M. Mínguez, J. Monfort, I. Monteagudo, J.R. Noguera, C. Osorio, J.J. Pérez., I. Plataola, V.E. Quevedo, A. Ponce, D. Reina, L. Rodríguez, J.R. Rodríguez, J.M. Rodríguez, M. Rodríguez, J.C. Rosas, A. Rosas, T. Ruiz, M.D. Ruiz, E. Salas, M.A. Salmoral, R. Sánchez, M. Santisteban, G. Santos, J. Sanz, E. Sirvent, J. Tornero, A. Valcarcil, J.L. Valero, J.P. Valpazo, M.C. Vargas, E. Velasco, J.C. Vesga, J. Vidal, y A. Willisch.

Bibliografía

1. Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am.* 1990;16:499-781.
2. Aliaga L, Baños JE, De Barutel C, Molet J, Rodríguez de la Serna A. Tratamiento del dolor: teoría y práctica. Barcelona: Editorial MCR; 1995. p. 193.
3. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med.* 1996;334:835-40.
4. Fernández JA, Hernández R. Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda [editorial]. *Med Clin (Barc).* 1993; 101:576-8.
5. Buchbinder R, Bombardier C, Yeung M, Tugwell P. Which outcome measures should be used in rheumatoid arthritis clinical trials? Clinical and quality of life measures responsiveness to treatment in randomized controlled trial. *Arthritis Rheum.* 1995;38:1568-80.
6. Proceedings from the Conference on Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials (OMERACT) *J Rheumatol.* 1993;20:526-91.
7. Lequesne M, Brandt K, Bellamany N, et al. Guidelines for testing slow-acting drugs in osteoarthritis. *J Rheumatol.* 1994;21 Suppl 41:65-73.
8. McHorney CA, Ware JE, Razcek AE. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care.* 1993;31:247-63.
9. Ware JE, Kosonski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary test of reliability and validity. *Med Care.* 1996;34:220-33.
10. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los ensayos clínicos. *Med Clin (Barc).* 1995;104:771-6.

11. Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile. Translation and preliminary validity. *Am J Publ Health*. 1990;80:704-8.
12. Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the «Quality of Life Questionnaire» («Cuestionario de calidad de vida», CCV): a generic health-related perceived quality of life instrument. *Eur J Psychol Assess*. 1993;9:19-3.
13. Rogers MP, Liang MH, Partridge AJ. Psychological care of adults with RA. *Ann Intern Med*. 1982;96:344.
14. Cronholm B, Ottosson JO. Experimental studies of the therapeutic action of electroconvulsive therapy in endogenous depression. The role of the electrical stimulation and of the seizure studied by variation of stimulus and modification by lidocaine of seizure discharge. *Acta Psychiatr Scand*. 1960; 145 Suppl:69.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
16. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
17. Zung WWK. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12:63.
18. Pastor JF, Morales M, Llopis A, et al. Prevalencia y grado de depresión en los pacientes con artritis reumatoide. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:361-6.
19. Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *J Psychos Res*. 1999;2:155-64.
20. Parker JC, Wright GE. The implications of depression for pain and disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 1995;8:279-82.
21. Cleeland CS. Brief Pain Inventory (Short Form) [BPI SF] [Spanish] (1990). En: Salek S, editor. *Compendium of Quality of Life Instruments*. Chichester: Wiley; 1998. V. 2, 2J: 1. p. 1 [datasheet]. V. 2, 2J:1h. p. 1-3 [instrument].
22. López VC, De Esteban T. Validez de la escala autoaplicada de Zung para la depresión. *Arch Neurobiol*. 1975;38:225-46.
23. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results for a national survey. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:1040-5.
24. Zung WW, Magill M, Moore JT, George DT. Recognition and treatment of depression in a family medicine practice. *J Clin Psychiatry*. 1983;44:3-6.
25. Magni G. The use of antidepressants in the treatment of chronic pain: a review of the current evidence. *Drugs*. 1991;42:730-48.
26. Caldwell JR, Hale ME, Boyd RE, Hague JM, Iwan T, Shi M, et al. Treatment of osteoarthritis pain with controlled-release oxycodone or fixed combination oxycodone plus acetaminophen added to nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a double blind, randomised, multicenter, placebo controlled trial. *J Rheumatol*. 1999;26:862-9.
27. Caldwell JR, Rapoport RJ, Davis JC, Offenberg HL, Marker HW, Roth SH, et al. Efficacy and safety of a once-daily morphine formulation in chronic, moderate-to-severe osteoarthritis pain: results from a randomized, placebo-controlled, double-blind trial and an open-label extension trial. *J Pain Symptom Manage*. 2002;23:278-91.
28. Leppert W. Analgesic efficacy and side effects of oral tramadol and morphine administered orally in the treatment of cancer pain. *Nowotwory*. 2001;51:257-66.
29. Rosenthal N, Peloso P, Jordan D, Karim R. A pooled analysis of the efficacy and safety of Tramadol/acetaminophen combination tablets (UltracetTM) in chronic low back pain: Quality of life measures. *Arthritis Rheum*. 2002;46 Suppl 9:S107.
30. Lipman AG. Treatment of chronic pain in osteoarthritis: do opioids have a clinical role? *Curr Rheumatol Rep*. 2001;3:513-9.
31. American Academy of Pain Medicine and American Pain Society. The use of opioids for the treatment of chronic pain: a consensus statement from the American Academy of Pain Medicine and American Pain Society. Disponible en: <http://www.ampainsoc.org/advocacy/opioids.htm>
32. Pastor JF, García JJ, Morales M, Llopis A. ¿Es más frecuente la depresión en los pacientes que padecen artritis reumatoide que en la población general? *Inflamación Regul Crecimiento Celular*. 1996;7:329-38.
33. Pastor JF, Morales M, Llopis A, Ferriol V. Prevalence and depression degree in patients with rheumatoid arthritis. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:361-6.
34. Fitzpatrick R, Newman S, Lamb R, Shipley M. Social relationships and psychological well-being in rheumatoid arthritis. *Soc Sci Med*. 1988;27:399-403.
35. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1977;34:98-111.
36. Frank RG, Beck NC, Parker JC, Kashani DH, Elliot TR, Haut AE, et al. Depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1988;15:920-5.
37. Katz PP, Yelin EH. Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1993;20:790-6.
38. France RD, Houpt JL, Ellinwood EH. Therapeutic effects of antidepressants in chronic pain. *Gen Hosp Psychiatry*. 1984;6:55-63.
39. Fishbain D. Evidence-based data on pain relief with antidepressants. *Ann Med*. 2000;32:305-16.