

- chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2005;113:9–19.
9. Sierra J, Jiménez Navarro C, Ortiz MJ. Calidad del sueño en estudiantes universitarios. Importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*. 2002;25:35–43.
 10. Casas M, Duro P, Pinet C. Otras drogodependencias. En: Vallejo Ruiloba J, editor. *Introducción a la psicoterapia y psiquiatría*. 4.ª edición. Barcelona: Masson; 1998. p. 684–5.
 11. Royuela Rico A, Macías Fernández JA, Conde López VJ. Calidad de sueño en ancianos. *Psiquis*. 2000;21:32–9.
 12. Engstrom CA, Strohl RA, Rose L, Lewandowski L, Stefanek ME. Sleep alterations in cancer patients. *Cancer Nurs*. 1999;22:143–8.
 13. Hirshkowitz M. Normal human sleep: an overview. *Med Clin N Am*. 2003;88:66–90.
 14. Buysse DJ, Reynolds III ChF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Res*. 1989;28:193–213.
 15. Royuela RA, Macías FJ. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*. 1997;9:81–94.
 16. Moldofsky H. Sleep and pain. *Sleep Med Rev*. 2001;5:385–96.
 17. Wilson KG, Eriksson MY, D'Eon JL, Mikail SF, Emery PC. Major depression and insomnia in chronic pain. *Clin J Pain*. 2002;18:77–83.
 18. Covarrubias-Gómez A, Guevara-López U, Betancourt-Sandolval JA, Delgado-Carlo M, Cardona-Cordero A, Hernández-Martínez JR. Evaluación del sueño en el dolor crónico no maligno. *Rev Mex Anest*. 2005;28:130–8.
 19. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Patiraki E, Galanos A. Sleep quality in advanced cancer patients. *J Psychosom Res*. 2007;62:527–33.
 20. Sela RA, Watanabe S, Nekolaichuk CL. Sleep disturbances in palliative cancer patients attending a pain and symptom control clinic. *Palliat Support Care*. 2005;3:23–31.
 21. Marrugat J, Vila J, Pavesi M, Sanz F. Estimación de tamaño de la muestra en la investigación clínica y epidemiológica. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:267–76.
 22. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños J. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*. 1999;83:9–16.
 23. Bassols A, Bosch F, Baños J. How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage*. 2002;23:318–28.
 24. Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kaunen J, Viinamaki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*. 2001;89:175–80.
 25. Hensler S, Heinemann D, Becker M, Ackermann H, Wiesemann A, Abholz H, et al. Chronic pain in german general practice. *Pain Med*. 2009;10:1408–15.

COMENTARIO EDITORIAL

La importancia de evaluar adecuadamente el dolor

The importance of adequately evaluating pain

Alberto Alonso Babarro

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Todas las personas experimentamos algún tipo de dolor a lo largo de la vida. Afortunadamente la mayoría de estas experiencias no son de dolor severo ni evolucionan hacia la cronificación del síntoma. El dolor es la causa más frecuente de consulta en atención primaria. Alrededor del 50% de los pacientes que acuden a consulta presentan algún tipo de dolor¹ y estas cifras han permanecido estables en las últimas décadas. La prevalencia de dolor crónico podría situarse entre el 20 y el 40% según la metodología empleada en los diferentes estudios^{1–3}, y en todos ellos la causa más frecuente de dolor crónico es la patología musculoesquelética.

El dolor genera en las personas que lo presentan un deterioro importante de su calidad de vida, y a pesar de ello y de la elevada frecuencia de este síntoma, llama la atención la relativa escasez de trabajos sobre dolor en atención primaria (AP). En primer lugar, porque los profesionales de AP son los mejor situados para hacer estudios epidemiológicos del dolor y valorar el grado de repercusión de este síntoma en la calidad de vida en general y en diferentes aspectos particulares de la salud. En segundo lugar, porque a pesar de que conocemos la importancia de realizar una evaluación adecuada del dolor, no solamente centrada en la intensidad del mismo, sino valorando su posible etiología y sus repercusiones de forma multidimensional, todavía no tenemos definidas las herramientas correctas de valoración. Conocer bien el síntoma y sus repercusiones es esencial para poner en marcha estrategias efectivas de tratamiento. Por último, sabemos que el abordaje inicial

Véase contenido relacionado en DOI:

10.1016/j.aprim.2010.09.006

Correo electrónico: albertoalonsob@gmail.com

del dolor es fundamental en muchos casos para evitar su cronificación.

Calsina-Berna et al.⁴ publican en este número de la revista un estudio descriptivo, realizado en un centro de AP, que trata de determinar la frecuencia de dolor como motivo de consulta y su influencia en las alteraciones del sueño. El 39% de los pacientes estudiados consultaron por dolor. De ellos, el 78% presentaban un dolor agudo, con una intensidad media en la escala visual analógica (EVA) de 4,8, mientras en un 22% el dolor fue calificado como crónico, con una intensidad media en la escala EVA de 5,6. Los pacientes con dolor presentaban significativamente mayores alteraciones del sueño según las puntuaciones obtenidas mediante el cuestionario del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh. Las alteraciones del sueño eran más importantes en los pacientes con dolor agudo y aumentaban a medida que la intensidad del dolor era mayor.

Los datos obtenidos sobre prevalencia de dolor como motivo de consulta son semejantes a los presentados en otros estudios, teniendo en cuenta que los autores no valoraron la presencia de dolor crónico en aquellos pacientes que no consultaron por este síntoma. El dolor es, sin duda, la principal razón por la que los pacientes acuden a nuestras consultas y el problema radica en tratarlo adecuadamente.

El tratamiento del dolor no debe incluir solo medicación analgésica, resulta crucial actuar sobre síntomas asociados así como sobre el componente emocional y social del dolor. La presentación simultánea de varios síntomas puede indicar un mecanismo biológico común para algunos de ellos. Numerosos trabajos han comprobado en los últimos años la existencia de estas «agrupaciones de síntomas» o *symptom clusters*⁵. Una de estas agrupaciones bien definidas tanto en dolor crónico no oncológico como oncológico, es la de dolor-insomnio-astenia. Estos síntomas interactuarían entre sí potenciándose entre ellos. El trabajo de Calsina-Berna et al. parece confirmar esta asociación. La presencia de estas asociaciones abre nuevas estrategias terapéuticas dirigidas a intervenir sobre varios síntomas simultáneamente.

Las nuevas estrategias terapéuticas, sin embargo, no están bien definidas. ¿El tratamiento de las alteraciones del sueño o de los síntomas depresivos puede mejorar el dolor? ¿Cuándo debemos poner en marcha estos tratamientos específicos? ¿Debemos elegir el tipo de analgésico en función de las alteraciones que hemos encontrado? Las estrategias multimodales de tratamiento parecen tener una base sólida pero todavía no se ha podido demostrar claramente su beneficio en trabajos aleatorizados⁶. El manejo del dolor oncológico ha mejorado mucho desde la introducción de guías sencillas como la de la OMS, a pesar de lo cual un gran número de pacientes continúan recibiendo tratamiento inadecuado. Sin embargo, en el dolor crónico no oncológico

las mejoras en el tratamiento han sido mucho más reducidas. Es el tiempo de desarrollar guías clínicas adecuadas para el manejo del dolor crónico no oncológico⁶, que deben estar basadas en la mejor comprensión posible tanto del propio dolor como de los síntomas concurrentes y de sus repercusiones en la esfera emocional del paciente.

El dolor es un síntoma complejo que no puede ser evaluado de forma sencilla. Vale la pena dedicar tiempo a esta evaluación y conocer las herramientas que pueden realizarla. Solo así podremos ayudar a eliminar el dolor en nuestros pacientes. Un privilegio que los clínicos nunca deberíamos olvidar.

Puntos clave

- El dolor es el motivo de consulta más frecuente en atención primaria.
- El dolor es un síntoma complejo, que interfiere en la calidad de vida de los pacientes y requiere una evaluación multidimensional.
- Algunas asociaciones de síntomas (*cluster symptom*) podrían tener significación clínica. La triada dolor-insomnio-astenia es una de las mejor definidas.
- Diagnosticar las alteraciones del sueño que se asocian al dolor puede ayudar a diseñar las estrategias más adecuadas de tratamiento.
- El desarrollo de guías clínicas en dolor crónico no oncológico podría mejorar los resultados terapéuticos.

Bibliografía

1. Friessem CH, Willweber-Strumpf A, Zenz MW. Chronic pain in primary care. German figures from 1991 and 2006. *BMC Public Health*. 2009;9:299.
2. Gureje O. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*. 1998;280:147-51.
3. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 1999;354:1248-52.
4. Calsina-Berna A, Moreno Millán N, González-Barboteo J, Solsona Díaz L, Porta Sales J. Prevalencia de dolor como motivo de consulta y su influencia en el sueño: experiencia de un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 2011, doi:10.1016/j.aprim.2010.09.006.
5. Aktas A, Walsh D, Rybicki L. Symptom clusters: myth or reality? *Palliat Med*. 2010;3:3-85.
6. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*. 2011;377:2226-35.