



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Utilidad de un cuestionario autoadministrado multidimensional para la gestión de una unidad clínica de tratamiento de dolor



C. Busquets^a, A. Ojeda^a, F. Torres^b, A. Faulí^a, L.A. Moreno^a, A. Bogdanovich^a,
M. Giménez-Milà^a, C. Hernández-Cera^a, N. Fàbregas^a y S. Videla^{c,d,*}

^a Unitat Tractament Dolor, Servei d'Anestèsia, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Plataforma de Bioestadística y Gestión de Datos, IDIBAPS, Hospital Clínic; Unidad de Bioestadística, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^c Societat Catalana de Dolor, Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y de Baleares, Barcelona, España

^d Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

Recibido el 9 de agosto de 2013; aceptado el 7 de mayo de 2014

Disponible en Internet el 9 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE

Dolor;
Percepción del dolor;
Cuestionario
autoadministrado

Resumen

Objetivo: Estudiar la factibilidad de un cuestionario autoadministrado multidimensional antes de que el paciente sea atendido en primera visita en la unidad de tratamiento del dolor (UTD) de un hospital terciario, y su impacto en la gestión de pacientes en la primera visita.

Pacientes y métodos: Estudio transversal. Cuestionario autoadministrado: características sociodemográficas, historia clínica del dolor, percepción del dolor (intensidad y sus características), comorbilidad del dolor y expectativas del paciente al tratamiento analgésico («¿qué es lo que usted espera de nuestro tratamiento?», si no podemos resolver su dolor «¿qué nivel de dolor aceptaría?»). Se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: Durante el año 2011 fueron incluidos 293 pacientes consecutivos (31% hombres, 69% mujeres; edad media 62 ± 16 años).

Todos los pacientes cumplimentaron y entregaron el cuestionario antes de la primera visita en la UTD. El 80% (234/293, IC 95%: 75-84) de pacientes lo cumplimentaron completa y correctamente; el resto lo aportaron con algunos puntos sin contestar.

El 24% (70/293, IC 95%: 19-29) de pacientes no deberían haber sido remitidos a la UTD (un 20% no llegaron a ser visitados en la UTD). Un 9% (26/293, IC 95%: 6-13) de las primeras visitas se consideraron «urgentes» (y estos pacientes fueron visitados en la UTD antes de 7 días), mientras que el 19% (56/293, IC 95%: 15-24) se calificaron de «preferentes» (atendidos antes de 15 días) y el 52% (152/293, IC 95%: 46-58) de «no-urgentes/no-preferentes» (atendidos antes de 60 días). Un 30% (87/293, IC 95%: 25-35) de los casos no necesitaron una segunda visita en la UTD. Respecto

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: svidelaces@gmail.com (S. Videla).

a las expectativas del paciente cabe reseñar que el 21% esperaban un alivio completo de su dolor, y el 64% aceptarían continuar con un dolor de intensidad <4.

Conclusión: El uso del cuestionario autoadministrado multidimensional antes de la primera visita en una Unidad Clínica del Tratamiento del Dolor de un hospital terciario fue practicable y útil como instrumento para la gestión de los pacientes en primera visita. Asimismo, proporcionó información sobre la percepción del dolor y las expectativas del paciente referente al tratamiento analgésico.

© 2013 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pain;
Pain perception;
Questionnaire
self-report

Usefulness of a multidimensional self-administered questionnaire for the clinical management of a pain treatment unit

Abstract

Objective: To study the feasibility of a multidimensional self-administered questionnaire before the patient is seen at the first visit in a clinical Pain Treatment Unit (PTU) of a tertiary hospital, and its impact on the management of patients in the first visit.

Patients and methods: Cross-sectional study. Self-administered questionnaire that gathered: socio-demographic data, medical history of pain, pain perception (intensity and characteristics), comorbidity of pain and patient expectations of analgesic treatment ('What do you expect from our treatment? If we cannot resolve your pain, what level of pain would you be willing to live with?'). A descriptive analysis was performed.

Results: A total of 293 consecutive patients (31% men, 69% women), mean age (SD) 62 (16) years-old, were included in 2011.

All patients completed and returned the questionnaire before the first visit to the PTU. The questionnaire was completed fully and correctly by 80% (234, 95% CI: 75-84) of the patients, and the rest completed the questionnaire with some points unanswered.

About 24% (70/293, 95% CI: 19-29) of the patients should not have been referred to the PTU [20% were not attended]. A small percentage (9%, 26/293, 95% CI: 6-13) were evaluated as «urgent» and visited over the following 7 days, with 19% (56/293, 95% CI: 15-24) being «preferential» (visited before 15 days) and 52% (152/293, 95% CI: 46-58) as «non-urgent/non-preferential» (visited before 60 days). Almost one third (30%, 87/293, 95% CI: 25-35) did not need a second visit to the PTU. Patient expectations: 21% expected complete pain relief and 64% would accept a lower pain intensity score of 4.

Conclusion: The use of a multidimensional self-administered questionnaire before the first visit to a clinical Pain Treatment Unit of a tertiary hospital was a practicable and useful tool for the management of patients on the first visit. Likewise, the questionnaire provided information on the patient's perception of pain and the expectations concerning the analgesic treatment.

© 2013 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El dolor es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas, y es el síntoma acompañante que con mayor frecuencia motiva una consulta médica. A pesar de la magnitud del problema y del interés médico, científico y social que supone la atención y el tratamiento de las personas con dolor, este es un problema infravalorado o tratado inadecuadamente, especialmente en los pacientes con dolor crónico¹.

Las unidades de tratamiento del dolor (UTD) de los hospitales terciarios deben estar en condiciones de tratar al paciente con dolor de cualquier etiología, abordando aspectos médicos, psicológicos, sociales y laborales¹. Generalmente, los pacientes son remitidos a las UTD para una primera visita con un diagnóstico (posible) causante del

dolor, sin apenas información de la historia clínica (del proceso doloroso) y sin información del componente emocional/social que acompaña a todo proceso algico. Además, es habitual que los pacientes sean remitidos a la UTD con la esperanza de que se les va a ofrecer un tratamiento que solucionará su dolor, tras haber fracasado previamente en su control. Por otro lado, es importante comentar que la personalidad del paciente, la experiencia previa con el dolor y la relación interpersonal con el terapeuta influyen en la respuesta al tratamiento analgésico²⁻⁴. Cuando se llevan largos periodos de tiempo (años en muchos casos) con dolor, la expectativa que el paciente tiene sobre la solución a su proceso doloroso se va volviendo cada vez más negativa⁵. En paralelo al proceso doloroso se van alterando aspectos como el sueño, el estado de ánimo o la vida social. Al paciente le cuesta entender por qué le sucede esto, y las continuas

visitas a los médicos sin encontrar una solución les lleva a la frustración²⁻⁶. Ante este escenario, mejorar el cribado de los pacientes remitidos a la UTD y evitar actuaciones médicas innecesarias podría permitir optimizar los recursos.

Se ha postulado que el uso sistemático y uniforme de herramientas (cuestionarios) de evaluación multidimensional podría ser útil como instrumento para la gestión de los pacientes en la primera visita. La bibliografía científica disponible sobre la utilización de cuestionarios que evalúen las expectativas de los pacientes con dolor está centrada en pacientes con enfermedades determinadas, como es el dolor de espalda⁷ o el dolor musculoesquelético⁸. Sin embargo, tal como se ha comentado en el párrafo anterior, en la práctica diaria en una UTD no solo se atiende a pacientes con dolor originado por dichas causas, sino por otras diferentes y una gran variedad de enfermedades complejas. Según nuestro conocimiento hasta el momento no existe bibliografía científica relevante sobre la utilización de cuestionarios que evalúen las expectativas de los pacientes con dolor atendidos en una UTD o por facultativos especialistas en dolor. Por tanto, el objetivo de este trabajo fue estudiar la factibilidad de un cuestionario autoadministrado multidimensional (características sociodemográficas del paciente, historia clínica del dolor, percepción y características que definen el dolor, comorbilidad del dolor y las expectativas del paciente al tratamiento analgésico), antes de que el paciente fuera atendido en la primera visita en la UTD de un hospital terciario, al tiempo que se evaluaba su impacto en la gestión de pacientes en la primera visita.

Pacientes y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal, unicéntrico, que incluyó pacientes en primera visita en la UTD remitidos por diferentes facultativos especialistas de nuestro hospital terciario. Todos los pacientes dieron su consentimiento informado por escrito para que su información médica pudiera ser utilizada con fines de investigación científica conforme con el comité ético de investigación clínica del centro. Este estudio se realizó de acuerdo a lo establecido en la Declaración de Helsinki y a la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

Población a estudio

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, de 18 años o mayores, en la primera visita en la UTD, remitidos por facultativos especialistas del mismo centro y atendidos entre enero y diciembre de 2011. Los pacientes remitidos por especialistas del mismo centro para una primera visita en la UTD solían solicitar la fecha y hora de la primera visita en persona en la secretaría de la unidad. En ese momento se explicó el estudio. Si el paciente aceptó participar se procedió a la firma del consentimiento informado y se entregó el cuestionario autoadministrado creado *ad hoc*. Los pacientes tuvieron que completar y entregar el cuestionario a la secretaría de la UTD antes de ser visitados. En las siguientes 24 h a la entrega del cuestionario, el paciente fue evaluado por un médico especialista de la UTD (CB), quien estimó la urgencia de

cada caso y lo clasificó como «urgente» o «preferente» o «no-urgente/no-preferente». Dependiendo de la urgencia se programó la fecha de la primera visita.

Cuestionario autoadministrado multidimensional

El cuestionario (a cumplimentar por el paciente) recogía la siguiente información: características sociodemográficas, historia médica, historia de dolor y sus comorbilidades, información sobre la percepción del dolor: intensidad del dolor (escala numérica del dolor de 0 a 10; 0: sin dolor, 10: dolor insoportable) en el momento de contestar el cuestionario y las características que definían el dolor mediante el cuestionario de dolor McGill⁹, información sobre la comorbilidad del dolor (específicamente ansiedad y depresión) mediante el cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD)¹⁰ y las expectativas del paciente mediante las siguientes preguntas específicas y de respuesta abierta («¿qué es lo que usted espera de nuestro tratamiento?», si no podemos resolver su dolor «¿qué nivel de dolor aceptaría?»). El médico especialista de la UTD que visitó al paciente en la primera visita cotejó la información del cuestionario referente a las características sociodemográficas, la historia médica y la historia de dolor y sus comorbilidades con la historia clínica. Asimismo, clasificó las respuestas abiertas referentes «a lo que el paciente espera de nuestro tratamiento» en 2 categorías: alivio completo (o «curación») y no alivio completo (o «no curación») del dolor.

El cuestionario McGill evalúa: el «índice de valoración del dolor total y para cada una de las 4 áreas», el «índice de intensidad del dolor» y la «intensidad del dolor» motivo de la primera visita. El «índice de valoración del dolor total» (*pain rating index* [PRI]) corresponde al número total de descriptores —adjetivos de dolor— (máximo 66) utilizados por el paciente, e indica cómo el paciente describe su dolor. Además, el cuestionario McGill se divide en 4 dominios: sensorial (PRI-S) con un máximo de 41 descriptores; afectivo/emocional (PRI-E) con un máximo de 9 descriptores; evaluativo (PRI-V) con un máximo de 4 descriptores y miscelánea (PRI-M) con un máximo de 12 descriptores. El «índice de intensidad del dolor» (*present pain index* [PPI]) consta de 5 posibles categorías de respuesta: leve/débil/ligero, moderado/molesto/incómodo, fuerte, extenuante/exasperante e insoportable. Esta variable corresponde a la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en conjunto, en el momento actual. La «intensidad del dolor» se evalúa mediante una escala numérica de intensidad de dolor de 0, no dolor, a 10, insoportable.

El cuestionario HAD consta de 14 ítems, integrado por 2 subescalas de 7 ítems, una de ansiedad y otra de depresión. La intensidad o frecuencia del ítem se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0-3). Ambas subescalas tienen los mismos puntos de corte: de 0-7 normal; de 8-10 dudoso; y de 11 problema clínico.

Evaluación de la factibilidad del uso del cuestionario

Se evaluó la factibilidad del cuestionario mediante las siguientes variables: «número de pacientes que entregaron

el cuestionario antes de la primera visita», «número de pacientes que contestaron el cuestionario correcta y completamente», y «número de pacientes que no necesitaron ayuda para completar el cuestionario».

Evaluación del impacto en la práctica asistencial del uso del cuestionario

Se evaluó el impacto del uso del cuestionario en la práctica asistencial mediante las siguientes variables: «número de pacientes que se consideraron que no deberían haber sido remitidos a la UTD (pacientes con una problemática social o un problema de ansiedad o depresión)», «número de veces que fue contactado el facultativo especialista que refirió al paciente para discutir el caso», «número de pacientes evaluados como *urgentes* (visitados en los 7 días siguientes a la entrega del cuestionario), como *preferentes* (visitados en los 15 días siguientes a la entrega del cuestionario) y como *no-urgentes/no-preferentes* (visitados en entre los 30 y 60 días siguientes a la entrega del cuestionario)», «número de pacientes que solo fueron visitados en primera visita (no necesitaron ser visitados en la UTD en segunda visita)» y «número de pacientes que no requirieron un cambio en su tratamiento analgésico».

Análisis estadístico

No se realizó un cálculo formal del tamaño muestral. Este quedó definido como el total de pacientes que solicitaron una primera visita en la UTD entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011 y que habían sido remitidos por especialistas del propio centro.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio. Las variables continuas fueron descritas como media y desviación estándar (DE) y las variables categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizaron para estudiar la relación entre variables la prueba de Fisher para variables nominales, la prueba de «t» de Student para variables continuas y la prueba de U de Mann-Whitney para variables ordinales y para variables continuas no gaussianas. Se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS versión 15.0.

Resultados

Población estudiada

Un total de 293 pacientes (31% hombres, 69% mujeres) consecutivos fueron remitidos por especialistas de nuestro hospital para una primera visita en la UTD y acudieron en persona a la secretaría de la UTD para solicitar la fecha y la hora de la primera visita. Todos estos pacientes fueron incluidos y analizados.

Características basales

Las características basales de la población estudiada se presentan en la [tabla 1](#). Todos los pacientes presentaban un

cuadro de dolor crónico de más de 6 meses de evolución. El 99% de los pacientes acudieron a la UTD por un dolor crónico no oncológico. Solo el 1% (3 pacientes) fueron remitidos por el servicio de oncología. El 30% fue enviado por el servicio de cirugía ortopédica y traumatología, el 24% por el servicio de medicina interna, el 12% por el servicio de neurocirugía, el 4% por el servicio de reumatología, el 4% por el servicio de rehabilitación, el 3% por el servicio de cirugía general, el 3% por el servicio de urología y el resto por otros servicios del hospital. A la pregunta «a qué asociaban su dolor», el 90% de pacientes lo relacionaban con una enfermedad.

El perfil de paciente tipo incluido en este estudio correspondería a una persona con dolor crónico constante (87%), tratado con antiinflamatorios no esteroideos o analgésicos no potentes (nivel 1 de la escala de la Organización Mundial de la Salud) (70%), laboralmente no activo (75%), con limitaciones causadas por su dolor (96%) y que vivía con su familia (75%). El 90% (264/293) de los pacientes fueron remitidos con un diagnóstico causante de dolor (objeto de la consulta en la UTD).

Factibilidad del cuestionario

Todos los pacientes (n=293) entregaron el cuestionario autoadministrado en la secretaría de la UTD antes de la primera visita (aplicabilidad 100%). El 80% (234) cumplieron el cuestionario completa y correctamente; el resto lo aportaron con algunos puntos sin contestar, los cuales se completaron en el momento de la primera visita con la ayuda del médico de la UTD. El 61% (179 pacientes) reportaron que no necesitaron ayuda para completar el cuestionario; el resto de pacientes completaron el cuestionario con ayuda de un familiar.

Impacto del uso del cuestionario en la práctica clínica

Se consideró que el 24% (70/293, IC 95%: 19-29) de los pacientes no habían sido correctamente remitidos a la UTD. En los antecedentes de la mayoría de estos pacientes prevalecía un problema social (conseguir una invalidez a causa de su dolor, por ejemplo) o un problema de ansiedad o depresión como agravante de su dolor. Estos problemas coexistentes al dolor debían ser priorizados y atendidos antes de proceder con un tratamiento analgésico.

El médico referenciador fue contactado para discutir el cuadro clínico y el tratamiento analgésico más apropiado en un 42% (123/293, IC 95%: 36-48) de los pacientes. Después de contactar y discutir el caso con el médico referenciador el 20% (59/293, IC 95%: 16-25) de los pacientes no fueron visitados en la UTD y continuaron su tratamiento con dicho facultativo.

Un 9% (26/293, IC 95%: 6-13) de los pacientes fueron valorados como «urgentes» y fueron visitados antes de 7 días tras la presentación del cuestionario. Un 19% (56/293, IC 95%: 15-24) fueron considerados como «preferentes» y fueron visitados antes de los 15 días y el 52% (152/293, IC 95%: 46-58) restante fueron considerados como «no-urgentes/no-preferentes». De estos pacientes 85 (29%, 85/293) fueron visitados antes de los 30 días y el resto (24%, 67/293) antes

Tabla 1 Características basales de la población estudiada

Características basales		Total (n = 293)	Hombres (n = 92)	Mujeres (n = 201)
<i>Edad (años)</i>	Media (DE)	62,1 (16)	59,7 (16)	63,1 (16)
<i>Dolor</i>				
Evolución (meses)	Media (DE)	49,9 (82)	41,4 (61)	53,8 (89)
Constante	% (n)	41 (120)	37 (34)	43 (86)
Constante con «crisis» de dolor habituales	% (n)	46 (134)	49 (46)	44 (88)
Crisis de dolor esporádicas con periodos sin dolor	% (n)	13 (39)	14 (13)	13 (26)
<i>Tratamiento analgésico (según escala OMS)^a</i>				
Nivel 1	% (n)	70 (206)	66 (61)	72 (145)
Nivel 2	% (n)	14 (40)	16 (15)	12 (25)
Nivel 3	% (n)	16 (47)	17 (16)	15 (31)
<i>Estatus laboral</i>				
Laboralmente activo	% (n)	15 (45)	17 (16)	14 (29)
En activo (trabajo de casa)	% (n)	10 (30)	2 (2)	14 (28)
Baja laboral transitoria por el dolor	% (n)	10 (30)	15 (14)	8 (16)
En paro	% (n)	6 (19)	10 (9)	5 (10)
Incapacidad por el dolor	% (n)	16 (46)	9 (8)	19 (38)
Jubilado	% (n)	42 (123)	47 (43)	40 (80)
<i>Limitaciones causadas por el dolor (si)</i>				
Afectación del sueño	% (n)	71 (208)	68 (63)	72 (145)
Laboral (trabajo)	% (n)	85 (248)	87 (80)	84 (168)
Familiar	% (n)	82 (239)	80 (74)	82 (165)
Apetito	% (n)	41 (121)	46 (42)	39 (79)
<i>¿Con quién vive?</i>				
En su casa con su familia	% (n)	75 (220)	85 (78)	71 (142)
En casa de un familiar	% (n)	2 (6)	1 (1)	2 (5)
Residencia o en casa de un no-familiar	% (n)	3 (8)	1 (1)	3 (7)
Solo	% (n)	20 (59)	13 (12)	24 (47)
<i>¿Cuántas veces ha ido a un médico por su dolor en los últimos 6 meses?</i>				
0	% (n)	2 (6)	1 (1)	2 (5)
1-3	% (n)	56 (164)	64 (59)	52 (105)
> 3	% (n)	42 (123)	35 (32)	45 (91)

DE: desviación estándar; OMS: Organización Mundial de la Salud.

^a Tratamiento analgésico con el que acuden a la unidad de tratamiento del dolor.

de los 60 días. Casi un 30% (87/293, IC 95%: 25-35) de los paciente no necesitaron una segunda visita en la UTD y regresaron con su médico referenciador para el control de su enfermedad. Un 26% (76/293) no requirieron que su tratamiento analgésico fuese modificado.

Percepción de dolor y sus comorbilidades

La intensidad del dolor medio (DE) por el cual acudieron a la primera vista fue de 8,1 (1,6). El número medio (DE) de descriptores de dolor elegidos del cuestionario McGill fue 11 (7) los hombres y 10 (5) las mujeres. La [tabla 2](#) muestra los resultados obtenidos con el cuestionario McGill. El componente más importante del dolor corresponde a la parte emocional y evaluativa ([tabla 2](#)). Los resultados obtenidos para ansiedad y depresión mediante el cuestionario HAD se muestran en la [tabla 3](#).

Expectativas de los pacientes a su tratamiento

El 21% (62/293) de los pacientes esperaban conseguir un alivio completo de su dolor (21% [19/92] hombres, 21% [43/201] mujeres), y si no podíamos resolver su dolor el 64% (188/293) aceptarían continuar con un dolor de intensidad menor de 4 (dolor de intensidad leve) y el 15% (44/293) aceptarían continuar con un dolor de intensidad menor de 3.

Se evaluó las asociaciones entre variables. No se observaron diferencias ni por sexo ni por edad. En cambio, puntuaciones mayores a 11 para ansiedad en el cuestionario HAD se asociaron a: 1) alteraciones del apetito, $p=0,024$; 2) un mayor número de descriptores utilizados para describir su dolor (cuestionario McGill), $p=0,013$; 3) puntuaciones mayores del índice de valoración del dolor (cuestionario McGill), $p=0,003$; y 4) en sus categorías: sensorial, $p=0,002$; afectiva/emocional, $p=0,013$ y evaluativa, $p<0,001$. Puntuaciones mayores a 11 para depresión en el cuestionario HAD

Tabla 2 Índice de valoración del dolor y sus diferentes dominios

		Total (n = 293)	Hombres (n = 92)	Mujeres (n = 201)
<i>Índice de valoración del dolor</i>				
<i>Categorías (máxima puntuación):</i>				
Total (66)	Media (DE)	24,8 (12)	25,0 (12)	24,7 (13)
Categoría sensitiva (41)	Media (DE)	13,9 (8)	14,2 (8)	13,8 (8)
Categoría emocional (9)	Media (DE)	4,2 (2)	4,0 (2)	4,3 (2)
Categoría evaluativa (4)	Media (DE)	3,0 (1)	3,0 (1)	3,0 (1)
Categoría miscelánea (12)	Media (DE)	4,0 (3)	4,0 (3)	4,0 (3)
<i>Índice de intensidad del dolor</i>				
Leve/débil/ligero	% (n)	1 (3)	3 (3)	1 (2)
Moderado/molesto/incómodo	% (n)	10 (28)	11 (10)	9 (18)
Fuerte	% (n)	42 (124)	36 (33)	45 (91)
Extenuante/exasperante	% (n)	17 (51)	23 (21)	15 (30)
Insoportable	% (n)	29 (85)	27 (25)	30 (60)

Cuestionario del dolor McGill.

DE: desviación estándar.

se asociaron a: 1) alteraciones del sueño, $p=0,012$; 2) alteraciones del apetito, $p=0,002$; 3) alteraciones en el entorno familiar, $p=0,005$; 4) puntuaciones mayores en la categoría afectiva/emocional (cuestionario McGill), $p=0,028$; 5) una mayor intensidad del dolor, $p<0,001$; y 6) un dolor crónico constante y con exacerbaciones o crisis habituales de dolor, $p=0,004$. Además, se observó una tendencia a estar en tratamiento con opioides (escala de la OMS niveles 2 y 3), $p=0,078$.

Discusión

Según nuestro conocimiento esta es la primera vez que se utiliza de manera sistemática en nuestro entorno un cuestionario autoadministrado que aporta información sobre la enfermedad, la percepción del dolor (de cómo lo vive el paciente) y las expectativas al tratamiento analgésico de los pacientes en el momento en que van a ser atendidos por primera vez en la UTD de un hospital terciario. Los resultados obtenidos sugieren que la implementación de este cuestionario es viable y ha tenido su impacto en la práctica asistencial de nuestra UTD, al permitir discernir qué pacientes habían sido correctamente remitidos a la UTD, al facilitar la discusión con nuestros colegas de otras especialidades médicas sobre el cuadro clínico que había causado la consulta y al permitir categorizar la urgencia de la primera visita. Igualmente, la información obtenida con este cuestionario ha ayudado a completar el cuadro clínico de

la enfermedad (incluyendo comorbilidades), a realizar el diagnóstico y a planificar el mejor tratamiento.

Prácticamente la totalidad de los pacientes aportaron el cuestionario cumplimentado correctamente antes de la primera visita. Si bien este dato (aplicabilidad de prácticamente el 100%) puede parecer un gran logro, el éxito está en la información que ha aportado y cómo ha influido en nuestra práctica asistencial. No vamos a comentar si el paciente estaba bien diagnosticado o no, o si había sido bien tratado o no. La realidad es que la intensidad media del dolor crónico por el cual fueron remitidos a nuestra consulta fue mayor de 8 en una escala de 0 a 10. A priori, podría estar indicado remitir a estos pacientes a nuestra UTD. Sin embargo, a pesar de este dolor de intensidad severa, se consideró que uno de cada 5 pacientes no era candidato a ser visitado en una UTD de un hospital terciario en el momento en que nos fue remitido. Estos pacientes presentaban una problemática social o un problema de ansiedad o depresión, y probablemente, encontrar una solución (o mejoría) a estos problemas implicaría una mejora de su estado doloroso. Igualmente, el impacto que ha tenido la utilización del cuestionario en nuestra práctica asistencial también queda reflejado en que en un 42% de los casos se contactó con el médico referenciador para discutir la necesidad de esta visita en la UTD. Se valoró conjuntamente el cuadro clínico que había causado la consulta y cuál sería la mejor actitud terapéutica. Este resultado puede estar relacionado con que el médico referenciador trabaja en el mismo centro donde está ubicada la UTD. En realidad, la proximidad con el médico referenciador facilitó la discusión del cuadro clínico causante de

Tabla 3 Cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD)

Características basales		Total (n = 293)	Hombres (n = 92)	Mujeres (n = 201)
Ansiedad (HAD)	Media (DE)	11,1 (5)	10,8 (5)	11,2 (5)
(HAD > 11)	% (n)	52 (152)	48 (44)	54 (108)
Depresión (HAD)	Media (DE)	11,1 (9)	10,3 (5)	11,4 (10)
(HAD > 11)	% (n)	53 (154)	54 (50)	52 (105)

DE: desviación estándar.

dolor. En un 30% de los pacientes la actuación de la UTD se limitó a la primera visita. En un 26% no fue necesario aplicar una nueva terapia analgésica. Si bien en este estudio no estaba previsto evaluar cuál sería el impacto económico de esta nueva manera de actuar, los resultados sugieren que la utilización del cuestionario pudiera haber influido en un menor gasto económico (por ejemplo, en un menor número de primeras visitas, en un menor número de segundas visitas, en una racionalización del tratamiento analgésico prescrito y en una reducción del número de tratamientos analgésicos). Asimismo, no tenemos que ignorar que el tiempo que se puede dedicar a los pacientes es limitado (como suele ocurrir en nuestro entorno). Esto destaca la importancia de utilizar todos los medios disponibles para comprender la complejidad del dolor y tratar a la persona, en lugar de tratar simplemente el dolor¹¹.

Por otro lado, uno de los retos de los especialistas en medicina del dolor es entender las expectativas que tienen los pacientes sobre su padecimiento y sobre el tratamiento analgésico cuando llegan a las UTD. Un buen conocimiento sobre lo que esperan los pacientes de nuestra actuación médica, donde la parte emocional del dolor adquiere una importancia similar o mayor a la mecanicista^{3,5,6}, repercutirá tanto en el éxito médico como en el social. Desde el punto de vista del médico de la UTD entender las expectativas de los pacientes sobre su dolor ayudaría a conseguir una solución para su dolor. Desde un punto de vista social ayudaría a optimizar los recursos y a reducir el gasto sanitario. Por lo tanto, la práctica especializada contra el dolor, y en concreto la atención del dolor crónico no oncológico, puede beneficiarse del uso sistemático y uniforme de herramientas de evaluación multidimensionales¹²⁻¹⁴.

Un poco más del 20% de los pacientes respondieron que esperaban un alivio completo de su dolor. Generalmente, estos pacientes, dado sus expectativas de conseguir una «curación» de su dolor crónico, son candidatos a percibir nuestra actuación médica como inadecuada (candidatos a que fracase cualquier medida terapéutica)⁴. Es necesario que el manejo de estos pacientes deba ir precedido de una labor educativa que les ayude a entender su proceso doloroso^{13,15,16}. Por el contrario, casi un 65% de los pacientes aceptaría un alivio de su dolor respecto a su dolor actual, y continuar su vida con un dolor de intensidad menor de 4 (un dolor leve). Estos resultados sugieren que la expectativa del paciente sobre su dolor y tratamiento analgésico no debe ser obviada. La labor educativa no se debe descuidar en estos pacientes candidatos a ser beneficiarios de una terapia analgésica^{11,16-19}.

La información obtenida a través de cuestionarios como el utilizado en este estudio puede alertar de manera explícita al médico (que trata el dolor) acerca de la existencia de otros trastornos simultáneos antes de que los fracasos al tratamiento analgésico o los malos resultados frustren a los profesionales, a los pacientes y al sistema sanitario en sí mismo¹³. El dolor crónico suele venir acompañado de depresión y ansiedad que requieren tratamiento¹³. Se calcula que al menos la mitad de los pacientes que sufren dolor crónico padecen también un síndrome depresivo²⁰. Es importante destacar que en nuestro estudio más del 50% de pacientes presentaban ansiedad (puntuación ≥ 11 para la ansiedad) y/o depresión (puntuación ≥ 11 para la depresión) de acuerdo a la escala HAD. Estos pacientes son los

que presentan unas puntuaciones mayores en la intensidad del dolor¹³. Además, la información global aportada por el cuestionario, junto con la exploración de la primera visita, nos indicó que, en muchos de nuestros pacientes, el mejor tratamiento para el alivio del proceso doloroso consistía en atender el componente emocional/social que acompañaba a su dolor. Ante este escenario la medición del estado emocional de los pacientes con dolor crónico puede considerarse tan sumamente importante como la medición de la tensión arterial, del peso y del pulso al evaluar el estado cardíaco²⁰.

Ciertas limitaciones deberían ser consideradas antes de obtener una conclusión. Si bien el diseño del estudio (transversal) puede aportar información sobre la factibilidad del uso del cuestionario, no es el diseño ideal para evaluar su impacto en la práctica clínica. Asimismo, el tamaño muestral (este estudio planteado como exploratorio) y el tipo de población estudiada (pacientes remitidos por especialistas de nuestro hospital y que acudieron en persona a solicitar la cita para su primera visita en la UTD) puede infraestimar o sobreestimar los resultados obtenidos, y su generalización a otras UTD o a pacientes remitidos por médicos de la atención primaria.

En resumen, el dolor crónico no es solamente una experiencia nociceptiva. Todo paciente necesita creer que su percepción y expectativa sobre el dolor es entendida. Para ello se requiere que el médico de la UTD escuche activamente y transmita una sensación de comprensión. Los resultados de este estudio sugieren que el uso del cuestionario autoadministrado multidimensional antes de la primera visita en una unidad clínica del tratamiento del dolor de un hospital de tercer nivel fue factible y útil como instrumento para la gestión de los pacientes en la primera visita. Asimismo, la información recogida en el cuestionario sobre la percepción del dolor y sus comorbilidades, y sobre las expectativas del paciente referente al tratamiento analgésico, permitió un abordaje global del paciente por parte del médico especialista en dolor.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener conflicto de intereses en este trabajo.

Bibliografía

1. Palanca Sánchez I, Puig Riera de Conías MM, Elola Somoza J, Bernal Sobrino JL, Paniagua Caparrós JL, Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [consultado 15 Feb 2014]. Disponible en: <http://portal.sedolor.es/contenidos/100/adjuntos/gnpg34cc.pdf>
2. Ramírez-Maestre C, Esteve R. Disposition and adjustment to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17:312.
3. Conrad R, Wegener I, Geiser F, Kleiman A. Temperament, character, and personality disorders in chronic pain. *Pain Headache Rep.* 2013;17:318.
4. Jamison RN. Nonspecific treatment effects in pain medicines. IASP, pain: Clinical Update 2011: January (Vol. XIX, Issue 2) [consultado el 15 Feb 2014]. Disponible en: http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU_19-2_for_web_1390260453975_5.pdf

5. Sturgeon JA, Zautra AJ. Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: Perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17:317.
6. Wiech K, Tracey I. The influence of negative emotions on pain: Behavioral effects and neural mechanisms. *Neuroimage.* 2009;47:987-94.
7. Parsons S, Harding G, Breen A, Foster N, Pincus T, Vogel S, et al. The influence of patients' and primary care practitioners' beliefs and expectations about chronic musculoskeletal pain on the process of care: A systematic review of qualitative studies. *Clin J Pain.* 2007;23:91-8.
8. Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L, Haafkens J. Patient expectations of treatment for back pain: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine.* 2004;29:2309-18.
9. Lázaro C, Caseras X, Whizar-Lugo VM, Wenk R, Baldiaceda F, Bernal R, et al. Psychometric properties of a Spanish version of the McGill pain questionnaire in several Spanish-speaking countries. *Clin J Pain.* 2001;17:365-74.
10. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, de Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25:277-83.
11. Nicholas MK. When to refer to a pain clinic. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2004;18:613-29.
12. Ashburn MA, Witkin L. Integrating outcome data collection into the care of the patient with pain. *Pain.* 2012;153:1549-50.
13. Tauben D. Chronic pain management: Measurement-based step care solutions. *IASP, Pain: Clinical Update* 2012: December (Vol. XX, Issue 8) [consultado 15 Feb 2014]. Disponible en: http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU_20-8_web.pdf
14. Wiklund I, Holmstrom S, Stoker M, Wyrwich KW, Devine M. Are treatment benefits in neuropathic pain reflected in the self assessment of treatment questionnaire? *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11:8.
15. Biller N, Arnstein P, Caudill MA, Federman CW, Guberman C. Predicting completion of a cognitive-behavioral pain management program by initial measures of a chronic pain patient's readiness for change. *Clin J Pain.* 2000;16:352-9.
16. Livengood JM. Pain education: modelling the trainee-patient dialogue. *IASP, Pain: Clinical Update* 2004: June (Volume XII, No. 3) [consultado 15 Feb 2014]. Disponible en: http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU4-3_1390264669122_32.pdf
17. O'Brien EM, Staud RM, Hassinger AD, McCulloch RC, Craggs JG, Atchison JW, et al. Patient-centered perspective on treatment outcomes in chronic pain. *Pain Med.* 2010;11:6-15.
18. Robinson ME, Brown JL, George SZ, Edwards PS, Atchinson JW, Hirsh AT, et al. Multidimensional success criteria and expectations for treatment of chronic pain: The patient perspective. *Pain Med.* 2005;6:336-45.
19. Gersh E, Arnold C, Gibson SJ. The relationship between the readiness for change and clinical outcomes in response to multidisciplinary pain management. *Pain Med.* 2011;12:165-72.
20. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med.* 1999;341:1329-35.