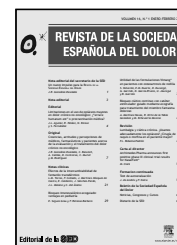


REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



ORIGINAL

Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico

J.R. González-Escalada^{a,*}, C. Barutell^b, A. Camba^c, D. Contreras^d, C. Muriel^e
y M. Rodríguez^f

^aUnidad del Dolor, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^bClínica del Dolor de Barcelona, Barcelona, España

^cServicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide, El Ferrol, A Coruña, España

^dUnidad del Dolor, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

^eServicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^fUnidad del Dolor, Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Recibido el 12 de junio de 2008; aceptado el 1 de septiembre de 2008

PALABRAS CLAVE

Dolor crónico no oncológico;
Unidad del dolor;
Tratamiento del dolor;
Calidad de vida;
Opiáceos

Resumen

Objetivo: conocer las actitudes, creencias, vivencias y opiniones acerca del dolor crónico no oncológico, desde la perspectiva de los profesionales de la salud (médicos y farmacéuticos de oficina de farmacia) y de los pacientes, para profundizar en sus actitudes frente a la elección y dispensación del analgésico, o el seguimiento terapéutico.

Material y métodos: diseño: estudio descriptivo, transversal dirigido a 3 poblaciones; se han realizado 3 cuadernos de recogida de datos (CRD) comparables entre sí, y adaptados a cada subgrupo: 316 farmacéuticos y 838 pacientes fueron entrevistados por teléfono, mientras que 697 médicos de 5 especialidades cumplimentaron un CRD autoadministrado. Variables: sociodemográficas en cada grupo, descriptivas del dolor (prevalencia entre sus pacientes, características del dolor [localización, intensidad —escala visual analógica, EVA, de 0 “no dolor” a 10 “máximo dolor tolerable”—, frecuencia, duración, consecuencias y otras]), características acerca del tratamiento analgésico (objetivos, elección de fármacos, prescripción, información ofrecida y recibida, satisfacción y reticencias). Análisis de datos: se realizó un análisis descriptivo de las características de cada grupo, seguido de un análisis de diferencias intergrupo.

Resultados: a) médicos: el 60% afirma medir habitualmente el dolor en la consulta, usando la EVA (68%) o escala verbal simple (EVS) (36%). El 47% de los pacientes atendidos

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgonzalezescal.hrc@salud.madrid.org (J.R. González-Escalada).

semanalmente presenta dolor, de los cuales un 63% tiene dolor no controlado ($EVA \geq 4$). El objetivo que persiguen con el tratamiento analgésico es mejorar la calidad de vida del paciente más que el alivio de dolor. Sólo se prescriben opiáceos mayores al 17%, con más frecuencia en las unidades del dolor (UD), donde atienden mayor proporción de pacientes con dolor crónico no oncológico y con intensidades mayores. En las UD son más conscientes de la repercusión del dolor sobre la cotidianidad del paciente. Los rehabilitadores muestran mayores reticencias frente a los opiáceos, por sus efectos secundarios y la necesidad de recetas de estupefacientes; *b*) farmacéuticos: el 65% no muestra reticencias frente al uso de opiáceos mayores y el 63% tampoco cree que los pacientes las tengan. Consideran que los objetivos del tratamiento analgésico son el alivio del dolor hasta hacerlo tolerable y la consecución del dolor cero; *c*) pacientes: la intensidad del dolor declarada por el paciente difiere de la referida por su médico. Entre los pacientes un 87% declara que su médico le mide el dolor, el 6% con EVA y el 71% con EVS. El objetivo deseado del tratamiento analgésico es alcanzar un alivio tolerable. El 23% de los pacientes muestra reticencias hacia el uso de opiáceos, generalmente motivadas por los efectos secundarios y el riesgo de adicción.

Conclusión: los resultados subrayan la naturaleza multifactorial del tratamiento del dolor. Esto obliga a diseñar intervenciones multifactoriales complejas para mejorar el tratamiento adecuado. Los factores que se deben considerar son la alta prevalencia de dolor no controlado, los bajos niveles de utilización de los opiáceos mayores, las discrepancias acerca de la frecuencia y la utilización sistemática de la valoración del dolor, así como las reticencias consecuencia de la falta de información y de barreras en aspectos como la prescripción de opiáceos mayores debido a la necesidad de receta de estupefacientes.

© 2009 Asociación Española del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Chronic nononcologic pain;
Pain unit;
Pain management;
Quality of life;
Opioids

Beliefs, attitudes and perceptions of physicians, pharmacists and patients regarding the evaluation and treatment of chronic nononcologic pain

Abstract

Aim: to identify patients', physicians' and pharmacists' attitudes, personal beliefs, experiences and opinions regarding chronic nononcological pain and to determine how these attitudes influence the choice and follow-up of analgesic strategies.

Material and methods: design: we performed a descriptive, cross-sectional survey that included three distinct but comparable questionnaires for data collection, adapted to each subgroup: 316 pharmacists and 838 patients were interviewed by telephone, and 697 physicians from different specialties completed a self-administered questionnaire. The variables analyzed included sociodemographic data from each group, descriptive pain variables (prevalence of pain among their patients, pain characteristics [e.g. localization, intensity—visual-analog pain scale, VAS, from 0 “no pain” to 10 “maximum tolerable pain”— frequency, duration, consequences, among others]), and questions related to analgesic treatment (objectives, drug choice and prescription, information provided and received on analgesic drugs, and satisfaction and concerns). Data analysis consisted of a descriptive analysis of the characteristics of each group, followed by analysis of intergroup differences.

Results: *a*) physicians: 60% reported that they usually assessed pain intensity in their patients, using VAS (68%) or verbal rating scales (VRS) (36%). Forty-seven percent of the patients attended weekly had pain, which was uncontrolled (VAS score ≥ 4 points) in 63%. The goal of treatment was to improve patients' quality of life rather than to relieve pain. Strong opioids were only prescribed in 17% of patients, mainly in pain treatment units (PTU), where most patients with chronic nononcologic pain and high-intensity pain were treated and where physicians were most concerned about the effects of pain on patients' daily lives. Rehabilitation physicians were more reluctant to use opioids because of their adverse effects and the need to use a special prescription form; *b*) pharmacists: 65% reported no reluctance to use strong opioids, and 63% believed that this attitude was shared by patients. Pharmacists believed that the goals of treatment were to achieve pain relief until pain was tolerable or absent; *c*) patients: patients' perceptions of pain intensity assessment differed from that of physicians, since 87% of patients reported that their

physician measured pain at each visit, 6% with VAS and 71% with VRS. For patients, the goal of treatment was to achieve tolerable pain levels. Twenty-three percent were reluctant to use strong opioids due to their adverse effects and their fear of becoming addicts.

Conclusion: the results of this study highlight the complex and multifactorial nature of pain treatment, requiring the design of improved intervention strategies. Factors to be considered are the high prevalence of uncontrolled pain, the low use of strong opioids, discrepancies in the frequency and methods used for systematic pain assessment, the existence of treatment concerns due to lack of information, and the perception that special regulation of opioids acts a barrier to their prescription.

© 2009 Asociación Española del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La International Association for the Study of Pain define el dolor como una “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como causada por dicha lesión”. Esta definición integra 2 componentes: uno sensorial y otro afectivo o reactivo, que modula el denominado sufrimiento asociado al dolor¹. Según datos de la encuesta europea “Pain in Europe”² el dolor crónico afecta al 11% de la población española y sólo una pequeña proporción de estos enfermos recibe tratamiento adecuado. La mayoría de los pacientes afirma que el dolor es constante y una tercera parte refiere tener dolor diario durante todo el año. La gran mayoría de los pacientes que sufren dolor (73%) está siendo tratada por el médico de atención primaria (AP) o por el traumatólogo, y de ellos sólo el 63% sigue un tratamiento farmacológico para el dolor. Los médicos, en su mayoría, utilizan antiinflamatorios para tratar el dolor, sea de la intensidad que sea, no suelen emplear otros fármacos y, en general, utilizan muy poco los opiáceos mayores por temor a una posible dependencia o adicción del paciente.

El abordaje del estudio del dolor se realiza desde diferentes puntos de vista. Uno de ellos, el de los aspectos psicológicos relacionados con el dolor, explora los factores que influyen en el consumo de analgésicos, la recuperación del paciente y su satisfacción, y destaca por su especial implicación en la percepción del dolor el constructo de afrontamiento^{3,4}, la ansiedad⁵, la depresión⁶, el apoyo social^{7,9}, las relaciones paciente-terapeuta y determinados rasgos de personalidad¹⁰.

Las actitudes reales o supuestas, tanto del enfermo que tiene dolor crónico como de los principales actores que intervienen en su tratamiento, van a ser determinantes en la toma de decisiones y, en muchos casos, van a influir o modificar los criterios de la indicación terapéutica.

El objetivo de este estudio es conocer las actitudes, creencias, vivencias y opiniones respecto al dolor crónico no oncológico en España, desde la perspectiva de diversos especialistas médicos responsables del tratamiento del dolor, farmacéuticos de oficina de farmacia y pacientes. Los resultados permitirán profundizar en las actitudes que muestran estos distintos colectivos evaluando su influencia en la elección del analgésico en el momento de la prescripción, en la dispensación de analgesia o en el seguimiento terapéutico.

Material y métodos

Diseño

Estudio descriptivo, transversal mediante encuesta autoadministrada (médicos) y entrevista telefónica (farmacéuticos y pacientes) en el ámbito de toda España.

Definición de la población de estudio. Criterios de selección

El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).

Se seleccionó una muestra de médicos voluntarios de 5 especialidades (AP, rehabilitación, reumatología, traumatología y tratamiento del dolor) a través de la red de delegados de Janssen-Cilag en todo el territorio nacional (tabla 1). Los pacientes se seleccionaron por cada especialista participante cuando cumplían los criterios de inclusión: ser mayores de 18 años, presentar dolor crónico de origen no oncológico de más de 3 meses de evolución, no haber participado en otros estudios y aceptación por escrito de participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado (tabla 1). Junto con el cuestionario autocumplimentado por el médico participante, cada facultativo debía adjuntar los teléfonos de contacto de 2 pacientes, uno con dolor controlado (en una escala visual analógica [EVA] de 0 a 10, dolor menor de 3) y otro con dolor no controlado (EVA ≥ 3) para su entrevista telefónica.

La selección de los farmacéuticos de oficina se realizó a través de una base de datos de oficinas de farmacia de España seleccionando aleatoriamente una muestra representativa de toda la geografía española a la que se realizó la encuesta telefónica (tabla 1).

Tamaño muestral

Se estimó una muestra teórica para detectar diferencias en las actitudes entre especialidades médicas y entre los subgrupos de médicos, farmacéuticos y pacientes, con un alfa de 0,05 y una potencia estadística del 1-beta de 0,8. En cuanto al número de médicos estimado, ha sido de 1.125 (150 unidad del dolor [UD]), 375 traumatología, 150 rehabilitación, 150 reumatología y 300 AP) para detectar diferen-

TABLA 1 Distribución geográfica de los cuestionarios según colectivo

	Médico		Farmacéutico		Paciente	
	n	%	n	%	n	%
Andalucía, Extremadura	181	26,0	61	19,3	210	25,1
Madrid, Castilla-La Mancha, Castilla y León	166	23,8	89	28,2	211	25,2
Cataluña	92	13,2	46	14,6	95	11,3
Valencia, Murcia	109	15,6	41	13,0	129	15,4
Galicia, Asturias	66	9,5	24	7,6	78	9,3
País Vasco, Navarra, La Rioja, Cantabria, Aragón	72	10,3	28	8,9	100	11,9
Canarias	11	1,6	12	3,8	15	1,8
Baleares	—	—	15	4,7	—	—
Total	697	100,0	316	100,0	838	100,0

cias intergrupo del 16%. Respecto a los farmacéuticos se calculó una muestra de 315 (oficinas de farmacia distribuidas proporcionalmente en España, teniendo en cuenta su representación en el ámbito rural y urbano), para detectar diferencias del 10% frente a los médicos y pacientes. Mientras que la estimación de la muestra de pacientes depende directamente de los médicos, ya que cada médico participante debía seleccionar a 2 pacientes, uno con dolor controlado y otro sin dolor controlado ($n = 2.250$), esto supone que se detectarán diferencias entre pacientes y médicos del 5%. La muestra definitiva está compuesta por 1.851 cuestionarios: 316 de farmacéuticos de oficinas de farmacia, 697 de médicos (103 de UD, 206 traumatólogos, 101 rehabilitadores, 86 reumatólogos, 189 médicos de AP y 12 que no especifican especialidad) y 838 de pacientes (265 médicos enviaron 2 pacientes y 308 sólo 1).

Recogida de datos

Se diseñaron 3 cuadernos de recogida de datos (CRD) destinados a médicos, pacientes y farmacéuticos. El CRD de médicos se cumplimentó mediante encuesta autoadministrada y los de farmacéuticos y pacientes por entrevista telefónica por el método CATI (*computer assisted telephone interview*). Las variables recogidas se muestran en la tabla 2.

Análisis estadístico

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de las principales variables del estudio mediante medidas de tendencia central (media y desviación estándar [DE] en variables de distribución normal y mediana, y rango intercuartílico en las de distribución no normal) para variables cuantitativas, y análisis de frecuencias y porcentajes para las categóricas. En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis de asociación bivariante en función de distintas características de cada colectivo y entre los diversos colectivos mediante pruebas de diferencias de medias (*t* de Student y ANOVA) y de proporciones (χ^2).

Las asociaciones se han considerado estadísticamente significativas para $p < 0,05$. Los análisis estadísticos se han realizado con la versión 13.0 de SPSS®.

Resultados

Encuesta a médicos

La muestra está formada por 697 médicos, con una edad media de 44 años (DE = 9 años), predominio masculino (72%) y mayoritariamente traumatólogos (30%) o de AP (28%).

Actitud del médico en función de factores sociodemográficos

Algunos comportamientos de los médicos varían según su edad y sexo. Los profesionales mujeres miden el dolor con más frecuencia que los varones ($p < 0,01$); utilizan significativamente más la escala numérica; ven más pacientes con dolor de intensidad 4 a 6 en la EVA ($p < 0,001$); creen significativamente más en las reticencias de los pacientes frente a los opiáceos mayores; disponen con menor frecuencia de talonario de estupefacientes ($p < 0,01$); dan mucha más importancia a la opinión del farmacéutico para el paciente ($p < 0,01$); creen significativamente con menor frecuencia que los pacientes están bien informados, y piensan que el dolor crónico se asocia con depresión con más frecuencia que los médicos varones ($p < 0,05$). La edad de los médicos también presenta asociación significativa con algunas de las variables estudiadas. A medida que aumenta la edad del médico disminuye significativamente el porcentaje de pacientes con dolor crónico de intensidad 4 a 6, aumenta la importancia de conseguir la ausencia total de dolor como objetivo de la analgesia ($p < 0,05$), y se incrementa la prescripción de opiáceos mayores hasta los 55 años de edad del médico ($p < 0,05$). Las reticencias frente al uso de opiáceos no dependen de la edad, aunque la preocupación por los efectos secundarios es más frecuente en los médicos de 36 a 45 años ($p < 0,05$). La disponibilidad de talonario de estupefacientes también es significativamente menos frecuente en los médicos más jóvenes. Por último, los médicos más jóvenes son los que más apoyan la afirmación de que el dolor crónico provoca depresión ($p < 0,05$).

Actitud del médico según su especialidad

Cada médico atiende a la semana una media de 181 pacientes, oscilando entre 210 en el ámbito de AP y 50 en las UD ($p < 0,05$). No hay diferencias significativas en el resto de las

TABLA 2 Variables incluidas en los cuestionarios de médicos, farmacéuticos y pacientes

	Cuestionarios		
	Médico	Farmacéutico	Paciente
Sociodemográficas			
Edad	x	x	x
Sexo	x	x	x
Localidad		x	x
Provincia		x	x
Estado civil			x
Especialidad	x		
Nivel de estudios			x
Situación laboral			x
Profesión			x
Personas con las que convive			x
Frecuencia de consulta al médico desde el inicio del dolor			x
Prevalencia del dolor crónico			
Pacientes atendidos por semana	x		
Pacientes con dolor crónico	x		
Proporción de pacientes según intensidad del dolor	x		
Evaluación del dolor			
Medición/evaluación del dolor	x		x
Herramientas	x		
Frecuencia de medición	x		x
Distribución de pacientes según intensidad del dolor	x		
Características del dolor			
Localización			x
Valor medio (día y noche)			x
Tiempo que presenta dolor			x
Especialista al que ha visitado			x
Frecuencia			x
Causa			x
Limitaciones			x
Consecuencias del dolor			x
Tratamiento analgésico			
Objetivos del tratamiento	x	x	x
Razones de elección	x		
Recomendaciones a pacientes con dolor crónico que acuden espontáneamente a la farmacia		x	
Disponibilidad de talonario de estupefacientes	x		
Proporción de pacientes según pauta analgésica	x		
Inconvenientes y reticencias para el uso de opiáceos mayores	x	x	x
Importancia para el paciente de la opinión del farmacéutico	x	x	x
Evaluación de la satisfacción del paciente	x		
Nivel de seguimiento de los consejos del farmacéutico por parte del paciente		x	
Satisfacción			x
Información sobre analgesia			
Fuentes	x	x	
Satisfacción	x	x	
Información sobre eficacia y seguridad de los opiáceos		x	
Tratamiento analgésico	x	x	x
Efectos secundarios	x	x	x
Consecuencias del dolor	x		x
Información recibida sobre analgésicos por los pacientes		x	
Limitación de la información		x	
Consecuencias del dolor		x	

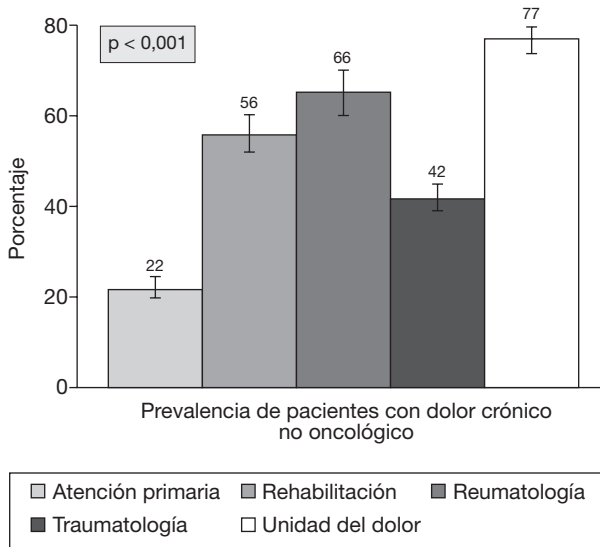


Figura 1 Prevalencia media de pacientes con dolor crónico no oncológico según la especialidad médica.

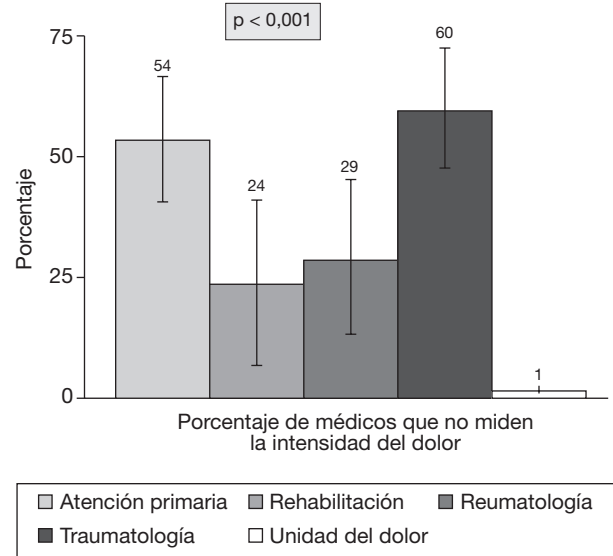


Figura 2 Proporción de médicos que no miden la intensidad del dolor según la especialidad.

especialidades que atienden entre 90 y 95 pacientes cada semana. La prevalencia de dolor crónico no oncológico es más elevada en la UD (77%) y en reumatología (66%) que en AP (22%) ($p < 0,001$) (fig. 1). Las diferencias según la enfermedad origen del dolor y la especialidad del médico son significativas, los procesos reumáticos son mucho más frecuentes en reumatología y la artrosis es más frecuente en AP y traumatología (47-46%) que en UD (26%). En las UD predominan significativamente las cervicalgias y las lumbalgias (39%), con una prevalencia similar a la que refieren los rehabilitadores (36%). También en las UD son más frecuentes las neuralgias (12%), con presencia mínima en el resto de las especialidades. Casi la mitad de los médicos (40%) reconoce no evaluar la intensidad del dolor de los pacientes. Los traumatólogos (60%) y los médicos de AP (54%) nunca miden el dolor, lo que contrasta con las UD que refieren medirlo prácticamente en su totalidad (99%) ($p < 0,001$) (fig. 2). Los reumatólogos y rehabilitadores, aunque con menos frecuencia que en las UD, lo miden en su mayoría (71-76%, respectivamente). Muchos de los médicos que miden el dolor (40%), aseguran utilizar la EVA como escala de medida (fig. 3) y muy pocos utilizan más de una herramienta. La especialidad que significativamente más utiliza la EVA es la UD (77%), seguida de rehabilitación y reumatología (57%). También son las UD las que más utilizan la escala numérica (32%) y la verbal simple (35%) ($p < 0,001$). En cuanto a su frecuencia, sólo el 44% de los médicos emplea de forma rutinaria la evaluación del dolor, prácticamente el mismo número (41%) de los que no la evalúan nunca. El 15% restante lo hace sólo ocasionalmente y son los médicos de AP los que significativamente más participan en este grupo (23%). En contraste, el 90% de las UD asegura evaluar la intensidad del dolor cada vez que acude el enfermo a la consulta programada ($p < 0,001$). Los médicos distribuyeron a los pacientes según la intensidad del dolor que presumían en ellos, y lo hicieron de distinta forma en cada especialidad. Los especialistas en dolor consideran que un tercio (33%) de los pacientes que atienden

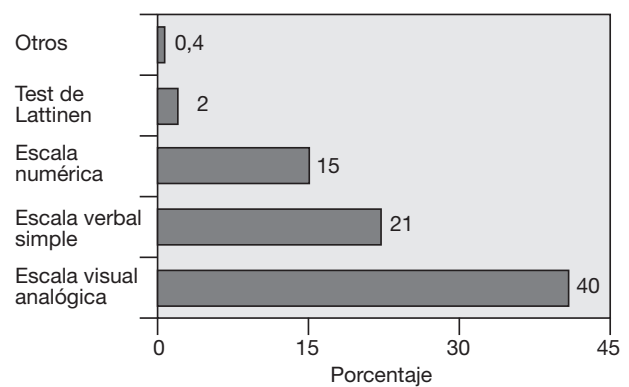


Figura 3 Proporción de uso de las escalas de medición del dolor por los médicos.

tiene una EVA > 6 , mientras los médicos de AP consideran que sólo un 15% de sus enfermos presenta esta intensidad de dolor ($p < 0,001$). A la inversa, el 42% de los pacientes que acuden al médico de AP presenta dolor leve (EVA ≤ 3) y sólo un 26% de los atendidos en UD se clasifica en el grupo de intensidad de dolor tan baja ($p < 0,001$) (fig. 4). La distribución del dolor de intensidad media (EVA entre 4 y 6) es similar en todas las especialidades. Globalmente, el 75% de los médicos señala como objetivo del tratamiento analgésico *mejorar la calidad de vida del paciente*. En segundo lugar, para el 33% de los médicos el objetivo lo sitúa en *aliviar el dolor hasta hacerlo tolerable*. Sólo el 21% de los médicos se marca como objetivo la *ausencia total del dolor*. La opinión acerca de los objetivos del tratamiento analgésico depende de la especialidad médica. El 46% de los especialistas de las UD destaca que uno de los objetivos del tratamiento analgésico ha de ser *aliviar el dolor hasta hacerlo tolerable*, peculiaridad que entre los especialistas de AP apenas se destaca por el 23% ($p < 0,01$). Referente al objetivo de *conseguir*

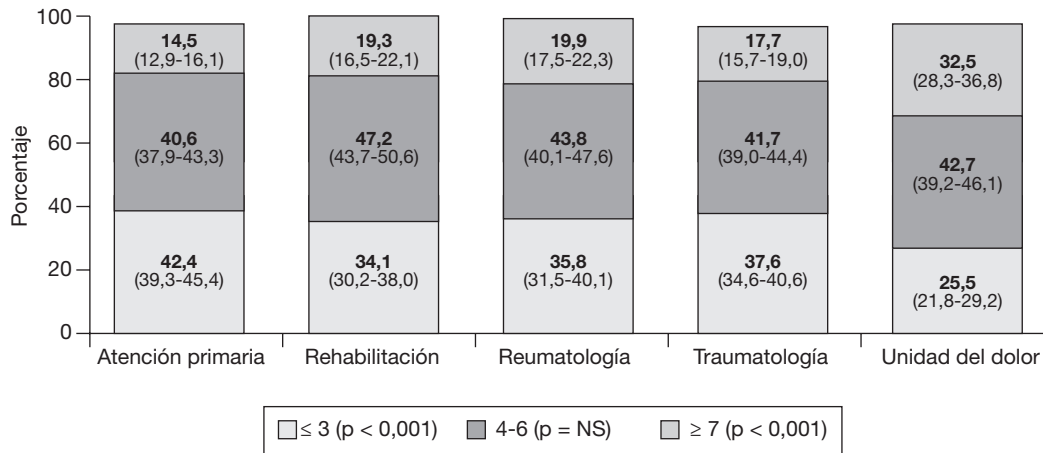


Figura 4 Proporción media de pacientes con dolor crónico no oncológico según la intensidad de dolor considerada por el médico según la especialidad.

TABLA 3 Objetivos que debería alcanzar el tratamiento analgésico para el médico según la especialidad médica

Objetivo del tratamiento	Atención primaria		Rehabilitación		Reumatología		Traumatología		Unidad del dolor	
	n	% (IC)	n	% (IC)	n	% (IC)	n	% (IC)	n	% (IC)
Aliviar el dolor hasta hacerlo tolerable ^a	44	23,3 (13,9-32,7)	39	38,6 (26,6-50,6)	30	34,9 (23,5-46,3)	69	33,5 (22,2-44,8)	47	46,6 (32,5-58,7)
Conseguir la ausencia total de dolor ^b	54	28,6 (18,2-39)	10	9,9 (4-15,8)	24	27,9 (17,8-38)	37	18 (9,8-26,2)	19	18,4 (10,2-26,6)
Mejorar la calidad de vida del paciente ^c	144	76,2 (59,2-93,2)	87	86,1 (80-90)	57	66,3 (50,2-82,1)	147	71,4 (54,9-87,9)	76	73,8 (57,1-90,5)
Otros ^d	1	0,5 (0,5-0,5)	1	1 (1-1)	—	—	1	0,5 (0,5-0,5)	2	1,9 (0-3,8)

IC: intervalo de confianza.

^ap < 0,01.

^bp = 0,001.

^cp < 0,05.

^dp = no significativo.

ausencia total de dolor, son los especialistas de AP los que con mayor frecuencia hacen referencia a este objetivo (29%) (p = 0,001). Hay un consenso en todas las especialidades ante el objetivo *mejorar la calidad de vida del paciente*, ya que es el objetivo más mencionado; no obstante, se menciona significativamente más entre los rehabilitadores (86%) que entre los reumatólogos (66%) (p < 0,05) (tabla 3). Entre las motivaciones de los médicos para elegir el tratamiento no hay diferencias, la primera señalada es buscar la máxima eficacia (87%) y a continuación la seguridad (78%) y la comodidad de administración (71%); el precio se tiene en cuenta en cuarto lugar (67%), mientras que la preferencia del paciente es lo que menos afecta a la prescripción (50%) (fig. 5). Los fármacos utilizados se distribuyen de la siguiente manera: el 63% analgésicos no opiáceos, el 28% opiáceos menores y el 17% opiáceos mayores (fig. 6). Sólo el 8% de los médicos reconoce tener reticencias para utilizar opiáceos mayores; de ellos, la gran mayoría por la complicación que supone utilizar la receta de estupefacientes (63%) y los efectos se-

cundarios (55%). Menos temen al riesgo de adicción (28%) o al desarrollo de tolerancia (16%). Sin embargo, un 57% de ellos piensa que los pacientes tienen reticencias para utilizarlos por miedo a convertirse en adictos (77%) y el 38% piensa que los farmacéuticos tienen reticencias a dispensar estos tratamientos, en su gran mayoría por temor a la adicción. El 72% de los médicos cree que la opinión del farmacéutico influye y es importante para los pacientes. La mayoría de los médicos valora la satisfacción del paciente con su tratamiento analgésico (96%) utilizando aspectos como la mejora de la calidad de vida (65%), el alivio del dolor (58%) o el balance entre la reducción del dolor y los efectos secundarios (38%). La disponibilidad de talonario de recetas de estupefacientes es prácticamente completa en AP (98%) y la UD (89%), y significativamente menos común en rehabilitación (67%). Respecto a las consecuencias y limitaciones del dolor, los médicos de la UD son los que con mayor frecuencia opinan que el dolor crónico limita la actividad laboral (p < 0,01) y produce depresión (p < 0,01).

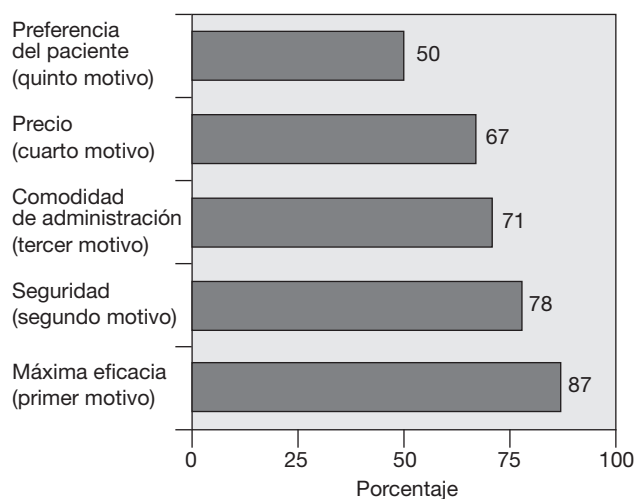


Figura 5 Preferencias para elegir el tratamiento según los médicos.

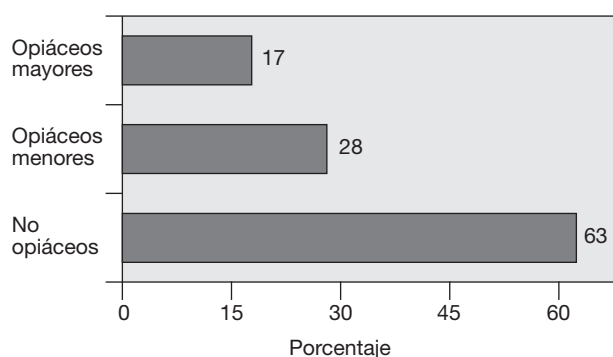


Figura 6 Porcentaje medio de pacientes según el tipo de pauta analgésica según los médicos (multirrespuesta).

Encuesta a farmacéuticos

La muestra está formada por 316 farmacéuticos de oficina de farmacia, con una edad media de 41 años y mayoritariamente mujeres (65%). La recomendación más frecuente ante los pacientes con dolor crónico que llegan espontáneamente a la farmacia es que acudan al médico (50%), mientras que la administración de un analgésico es la menos común (20%). Para este colectivo, los objetivos del tratamiento analgésico son el alivio del dolor hasta hacerlo tolerable (58%) y la consecución del dolor cero (41%). El 35% de los farmacéuticos muestra reticencias frente al uso de opiáceos mayores, fundamentalmente por miedo a la adicción (41%). Por otra parte, el 47% de estos profesionales opina que los médicos también tienen reticencias para utilizar estos compuestos. Sin embargo, los médicos y farmacéuticos sobrestiman las reticencias de los pacientes hacia la utilización de opiáceos mayores. La mayoría de los farmacéuticos cree que su opinión es importante para el paciente y afirma ofrecer información acerca de los tratamientos analgésicos y sus efectos secundarios, principalmente de los no opiáceos. La mitad de los farmacéuticos opina que los pacientes no están bien infor-

mados acerca de los efectos secundarios de los opiáceos mayores. Estos resultados son independientes de la edad y el sexo del profesional de la oficina de farmacia.

Encuesta a pacientes

La muestra está formada por 838 pacientes, con una edad media de 59 años, con predominio del segmento entre 56 a 75 años (47%) y predominantemente mujeres (73%). Más de la mitad de los pacientes ha visitado al menos 2 médicos por su dolor (media total 2,1). La espalda y articulaciones son las localizaciones más frecuentes del dolor, que habitualmente se debe a artrosis (41%) y a lumbalgia/cervicalgia (35%). Un 94% de los pacientes manifiesta tener su dolor no controlado (EVA > 3). La media de dolor es de 7 en una escala de 0 a 10 puntos. El 87% lo tiene todos los días, con una duración media de 7,5 años. Para los pacientes el objetivo del tratamiento analgésico es el alivio del dolor hasta hacerlo tolerable (55%) y la desaparición del dolor (44%). El 59% ha acudido a traumatólogos y el 51% al médico de AP.

Actitud del paciente en función de factores sociodemográficos

Algunas características del dolor muestran relación estadísticamente significativa con la edad y el sexo del paciente. El dolor de espalda es más frecuente en varones jóvenes, mientras que el dolor generalizado es más común en las mujeres y el de articulaciones es más predominante en los pacientes de mayor edad. Tanto la artrosis como la osteoporosis son más prevalentes en mujeres y su frecuencia aumenta con la edad. La lumbalgia/cervicalgia es más común en los menores de 55 años y la fibromialgia es más frecuente en las mujeres más jóvenes. Las mujeres perciben más limitaciones para la realización de las actividades básicas por dolor y la aparición de depresión y ansiedad asociadas. En relación con la edad, las principales limitaciones se observan especialmente en el grupo de 46 a 55 años.

Las reticencias de los pacientes frente a los analgésicos son independientes del sexo y la edad, pero aumentan significativamente en los pacientes menos instruidos. La opinión acerca de las reticencias de los médicos y de los farmacéuticos frente al uso de opiáceos es más habitual a medida que aumenta el nivel de instrucción.

Las limitaciones impuestas por el dolor y su repercusión en la vida cotidiana son más frecuentes e importantes en los pacientes que viven con otras personas que en los que viven solos, y son estadísticamente significativas las diferencias en el sueño, en la realización de actividades laborales y a la hora de mantener relaciones familiares/sociales. Finalmente, la predisposición a utilizar opiáceos, así como la percepción de la reticencia de su médico a recomendarlos, es significativamente menor en los pacientes tratados en las UD. Estos pacientes son los que reciben más información acerca del tratamiento analgésico ($p < 0,01$).

Comparación médicos/farmacéuticos/pacientes

Las características del dolor crónico presentan algunas diferencias cuando se evalúan simultáneamente por médicos y pacientes. Los médicos estiman que el 63% de los pacientes no tiene su dolor controlado, la estimación de los pacientes

TABLA 4 Valoración, evaluación del dolor crónico y satisfacción con el tratamiento terapéutico según médicos y pacientes

	Médico		Paciente	
	n	% (IC)	n	% (IC)
Medición habitual de la intensidad del dolor^a				
Sí	414	59,7 (44,6-74,8)	727	86,8 (68,6-105)
No	280	40,3 (27,9-52,7)	111	13,2 (6,1-20,3)
Total	694		838	
Herramientas de medida (% referido a los que miden)				
Escala visual analógica ^a	280	67,6 (51,5-83,7)	43	6 (1,3-10,7)
Escala numérica ^b	104	25,1 (15,3-34,9)	162	22,5 (13,2-31,8)
Escala verbal simple ^a	148	35,7 (24-47,4)	509	70,8 (54,3-87,3)
Test de Latineen ^c	17	4,1 (0,2-8)	—	—
Otros ^b	3	0,7 (0-0)	5	0,7 (0-0)
Frecuencia de evaluación^a				
Cada vez que acude a consulta	302	73,8 (57-90,6)	736	87,8 (69,4-106,2)
Sólo ocasionalmente	107	26,2 (16,2-36,2)	78	9,3 (3,4-15,2)
Nunca	—	—	24	2,9 (0-0)
Evaluación de la satisfacción con el tratamiento analgésico^b				
Sí	669	96,4 (95,6-115,6)	712	95,6 (0-114,8)
No	25	3,6 (4,4-7,2)	33	4,4 (0-8,4)
Total	694		745	
Satisfacción del paciente				
Por el alivio del dolor ^a	403	60,2 (84,4-75,4)	631	84,4 (0-102,4)
Por el grado de los efectos secundarios de la analgesia ^a	46	6,9 (27,3-12)	204	27,3 (0-37,5)
Por el balance entre la reducción del dolor y los efectos secundarios de la analgesia ^c	263	39,3 (39-40)	—	—
Por la mejora de la funcionalidad ^a	114	17 (27-25)	202	27 (0-37,2)
Por la mejora de la calidad de vida del paciente ^a	451	67,4 (31,6-83,5)	236	31,6 (0-42,6)
Comodidad en la administración ^c	—	—	43	5,7 (0-10,3)
Precio ^c	—	—	18	2,4 (0-0)

IC: intervalo de confianza.

^ap < 0,001.

^bp = no significativo.

^cp = no procede.

difiere significativamente, y un 94% manifiesta que no tiene el dolor controlado. El 60% de los médicos afirma medir habitualmente el dolor en la consulta, mientras que esta cifra alcanza el 87% cuando se le pregunta al paciente si su médico le mide el dolor ($p < 0,001$). En cuanto a la forma de medir la intensidad del dolor, se observa una discrepancia significativa en la frecuencia de utilización de la EVA o la escala verbal simple entre médicos y pacientes (el 68 frente al 6% y el 36 frente al 71%, respectivamente) (tabla 4). Es importante reseñar que los médicos que miden el dolor (21%) prescriben opiáceos mayores con el doble de frecuencia que los que no lo miden (11%) ($p < 0,001$).

Los objetivos del tratamiento analgésico varían significativamente en función del colectivo al que se pregunta. El objetivo prioritario para los médicos es la mejora de la calidad de vida del paciente (75%), mientras que para los farmacéuticos (59%) y los pacientes (55%) es el alivio del dolor hasta hacerlo tolerable (tabla 5).

Se comparó la opinión del médico, del farmacéutico y del paciente respecto a las reticencias frente al uso de opiá-

ceos mayores, tanto de ellos mismos como su opinión de los otros 3 colectivos, así como las razones de las reticencias (tabla 6). Un 8% de los médicos, un 4% de los pacientes y un 47% de los farmacéuticos opinan que los médicos tienen reticencias frente a la prescripción de opiáceos ($p < 0,001$). La necesidad de receta de estupefaciente es el motivo principal de reticencia expresado por los propios médicos (65%). Los médicos y los farmacéuticos sobrestiman las reticencias de los pacientes hacia la utilización de opiáceos mayores, ya que el 56% de los médicos y el 37% de los farmacéuticos creen que los pacientes tienen reticencias a la utilización de opiáceos mayores, mientras que sólo un 25% de los pacientes se declara reticente ($p < 0,001$). Significativamente, las principales reticencias de los pacientes se centran en los efectos secundarios (45%). Sin embargo, los médicos y los farmacéuticos sobrestiman significativamente las reticencias de los pacientes acerca de la adicción (el 78 y el 35 frente al 30%). Más de la tercera parte de los médicos y de los propios farmacéuticos (el 38 y el 35%, respectivamente) opina que estos últimos tienen reticencias frente a la pres-

TABLA 5 Objetivos esperados del tratamiento analgésico del dolor crónico según los distintos colectivos

	Médico		Farmacéutico		Paciente	
	n	% (IC)	n	% (IC)	n	% (IC)
Aliviar el dolor hasta hacerlo tolerable ^a	232	33,3 (22-44,6)	183	58,5 (43,5-73,5)	457	54,5 (40-69)
Conseguir la ausencia total de dolor ^a	146	20,9 (12-29,8)	130	41,5 (28,9-54,4)	371	44,3 (31,3-57,3)
Mejorar la calidad de vida del paciente ^b	521	74,7 (57,8-91,6)	-	-	-	---
Otros ^c	5	0,7 (0-0)	-	-	9	1,1 (0-0)

IC: intervalo de confianza.

^ap < 0,001.

^bp = no procede.

^cp = no significativo.

cripción de opiáceos mayores, siendo esta proporción muy inferior en los pacientes (8%) ($p < 0,001$). En opinión de la mayoría de los médicos (57%) y del 41% de los propios farmacéuticos y en menor proporción (29%) según los pacientes, las reticencias de los farmacéuticos se refieren a la adicción ($p < 0,001$).

Se observa acuerdo entre los médicos y los pacientes acerca del hecho de que los médicos evalúan mayoritariamente la satisfacción de los pacientes con el tratamiento analgésico prescrito (el 96% en ambos casos) (tabla 4). El grado de alivio del dolor y la medida de la calidad de vida son los 2 motivos principales de satisfacción del paciente con el tratamiento que manifiestan, tanto los médicos como los propios pacientes, aunque en distinto orden de prioridad: para el 60% de los médicos el alivio del dolor es prioritario mientras que lo es para 84% de los pacientes ($p < 0,001$), y la mejora de la calidad de vida es importante para el 67% de los médicos y sólo lo es para el 32% de los pacientes ($p < 0,001$).

Se comparó la opinión de médicos, farmacéuticos y pacientes respecto a las posibles limitaciones del dolor evaluado con una escala de 1 a 5, y todos los colectivos coinciden en el grado de repercusión que el dolor crónico tiene en la vida cotidiana del paciente (tabla 7).

En relación con las repercusiones del dolor en la esfera psicológica, se han comparado las estimaciones de los 3 colectivos acerca de la depresión y la ansiedad, también según una escala de 1 a 5, y se ha observado que los pacientes infravaloran la magnitud de estas repercusiones en relación con la evaluación de los médicos. De este modo, en la incidencia de depresión, se observan diferencias muy significativas entre los médicos (media de 4,1) y los propios pacientes (media de 2,6), y los farmacéuticos se sitúan en una posición intermedia (media de 3,6). Esta tendencia se repite en la concurrencia de ansiedad que nuevamente es más valorada por los médicos (media de 4) que por los farmacéuticos (media de 3,8) y los propios pacientes (media de 2,6) ($p < 0,001$) (tabla 7).

Discusión

Este estudio transversal de ámbito nacional compara las actitudes, creencias, vivencias y opiniones acerca del dolor

crónico no oncológico de 3 colectivos (médicos de diferentes especialidades, farmacéuticos y pacientes) para poder entender la influencia de todos estos factores en el empleo de diversas pautas analgésicas.

Los resultados más relevantes se centran en la diferente evaluación del dolor por médicos y pacientes, las reticencias que hay en los diferentes colectivos ante la prescripción de opiáceos y la percepción de la repercusión del dolor en la calidad de vida del paciente, tanto en cuanto a actividades básicas como a aspectos psicológicos.

En la literatura científica hay una gran variedad de estudios acerca de la repercusión del dolor crónico en la calidad de vida del paciente. Recientemente, se ha publicado un estudio multicéntrico europeo referente a la prevalencia del dolor crónico y su impacto en la calidad de vida¹¹. Los resultados demostraron que el dolor producía importantes consecuencias en el paciente: el 21% de los pacientes presentaba depresión, el 61% había disminuido su capacidad para trabajar, el 19% había perdido su trabajo y el 13% había tenido que cambiar de trabajo a causa del dolor, observándose diferencias entre países, probablemente relacionadas con factores de tipo cultural¹¹. Por otra parte, los resultados de una revisión sistemática sugieren que el tratamiento a largo plazo con opiáceos puede mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico no oncológico¹². Panda et al¹³ han estudiado el papel de las discrepancias en la valoración del efecto del dolor crónico en la calidad de vida entre médicos y pacientes. Más del 50% de los médicos participantes discrepó con la valoración del dolor por parte del paciente y el 39% de ellos infraestimó el dolor. La discrepancia se asoció con una peor capacidad funcional y un empeoramiento del dolor por parte de los pacientes¹³.

En nuestro estudio se observa una importante discrepancia entre la percepción del paciente y del médico en la evaluación del dolor. Uno de los datos más destacados se refiere a que los médicos estiman que el 63% de los pacientes con dolor crónico no oncológico que acuden a sus consultas no tiene el dolor controlado, mientras que un 94% de los pacientes entrevistados dice tener un dolor no controlado.

Por otra parte, los pacientes afirman que su médico mide el dolor con más frecuencia de la que éstos dicen hacerlo. Esta diferencia se podría deber, entre otros factores, a la formulación de la pregunta planteada a los médicos (¿mide usted habitualmente la intensidad de dolor del paciente?),

TABLA 6 Reticencias frente a la utilización de opiáceos mayores según los diferentes colectivos

	Médico		Farmacéutico		Paciente	
	n	% (IC)	n	% (IC)	n	% (IC)
Reticencias de los médicos frente a opiáceos mayores^a						
Sí	54	7,8 (2,4-13,2)	137	47,1 (33,7-60,5)	33	3,9 (0,1-7,7)
No	642	92,2 (90-90)	154	52,9 (38,7-67,1)	540	64,4 (48,7-80,1)
No sabe/no contesta		—		—	265	
Total	696		291		838	
Razones						
Sólo se deben utilizar en pacientes terminales ^b	2	3,7 (1-6,4)	26	19 (10,6-27,4)	2	6,1 (2,7-9,5)
Sólo se deben utilizar en pacientes oncológicos ^c	—	—	8	5,8 (1,4-10,2)	2	6,1 (2,7-9,5)
Podrían producir adicción a la medicación ^c	15	27,8 (17,8-37,8)	39	28,5 (18,2-38,8)	5	15,2 (8,4-22)
Tienen muchos efectos secundarios ^a	29	53,7 (39,6-67,8)	33	24,1 (14,6-33,6)	12	36,4 (25,1-47,7)
Producen tolerancia ^c	12	22,2 (13,4-31)	21	15,3 (7,8-22,8)	8	24,2 (15,2-33,2)
Requieren receta de estupefacientes ^a	35	64,8 (49,2-80,4)	24	17,5 (9,5-25,5)	—	—
No tengo suficiente información para utilizarlos ^c	2	3,7 (1-6,4)	9	6,6 (1,9-11,3)	—	—
Otros inconvenientes ^a	8	14,8 (7,7-21,9)	1	0,7 (0,7-0,7)	2	6,1 (2,7-9,5)
Reticencias de los pacientes frente a los opiáceos mayores^a						
Sí	387	55,7 (41,1-70,3)	118	37,3 (25,4-49,2)	207	24,7 (15-34,4)
No	308	44,3 (31,3-57,3)	198	62,7 (47,2-78,2)	631	75,3 (58,3-92,3)
Total	695		316		838	
Razones						
Piensen que sólo son para terminales ^a	183	47,3 (33,9-60,7)	19	16,1 (8,4-23,8)	—	—
Piensen que sólo son para pacientes oncológicos ^a	176	45,5 (32,3-58,7)	1	0,8 (0,8-0,8)	—	—
Tienen miedo a la adicción ^a	301	77,8 (60,5-95,1)	41	34,7 (23,3-46,1)	61	29,5 (18,9-40,1)
Les preocupan los efectos secundarios ^b	178	46 (32,7-59,3)	33	28 (17,8-38,2)	94	45,4 (32,3-58,5)
Les preocupa habituarse y que dejen de hacerles efecto ^a	165	42,6 (29,8-55,4)	8	6,8 (2-11,6)	29	14 (6,8-21,2)
Falta de información, desconocimiento ^a	—	—	11	9,3 (3,6-15)	21	100 (80,9-119,1)
Otras reticencias ^c	11	1,6 (0-0)	2	1,7 (0-0)	25	3 (0-0)
Reticencias de farmacéuticos frente a opiáceos mayores^a						
Sí	259	37,9 (25,9-49,9)	112	35,4 (23,8-47)	68	8,1 (2,6-13,6)
No	425	62,1 (46,7-77,5)	204	64,6 (48,9-80,3)	770	91,9 (73,1-110,7)
Total	684		316		838	
Razones						
Piensen que sólo son para pacientes terminales ^a	126	48,6 (35-62,2)	13	11,6 (5,2-18)	15	22,1 (13,2-31)
Piensen que sólo son para pacientes oncológicos ^a	135	52,1 (38-66,2)	8	7,1 (2,2-12)	30	44,1 (31,3-56,9)
Piensen que el paciente puede volverse adicto ^a	148	57,1 (42,3-71,9)	46	41,1 (28,7-53,5)	20	29,4 (19-39,8)
Les preocupan los efectos secundarios ^c	71	27,4 (17,2-37,6)	41	36,6 (24,9-48,3)	24	35,3 (23,9-46,7)
Les preocupa que la medicación deje de ser eficaz ^c	4	17 (9-25)	22	19,6 (11,1-28,1)	17	25 (15,5-34,5)
No tienen suficiente información acerca de ellos ^d	133	51,4 (37,4-65,4)	—	—	—	—
Otras reticencias ^e	15	5,8 (1,2-10,4)	—	—	5	7,4 (2,6-12,2)

IC: intervalo de confianza.

^ap < 0,001.

^bp < 0,01.

^cp = no significativo.

^dp = no procede.

^ep < 0,05.

TABLA 7 Repercusiones del dolor y sus limitaciones en la vida cotidiana de los pacientes según los diferentes colectivos

Dormir adecuadamente por las noches (escala de 1 a 5)

(p < 0,001)	n	Media	DE	IC del 95%
Médico	696	3,68	0,845	3,62-3,75
Farmacéutico	308	3,42	0,919	3,64-3,84
Paciente	838	3,42	1,280	3,34-3,51
Total	1.842	3,57	1,084	3,52-3,62

Tener una movilidad normal (escala de 1 a 5)

(p < 0,001)	n	Media	DE	IC del 95%
Médico	696	3,84	0,785	3,78-3,90
Farmacéutico	303	3,59	0,901	3,49-3,69
Paciente	838	3,61	1,178	3,53-3,69
Total	1.837	3,69	1,095	3,13-3,23

Realizar las actividades básicas (escala de 1 a 5)

(p < 0,05)	n	Media	DE	IC del 95%
Médico	696	3,17	0,942	3,10-3,24
Farmacéutico	310	3,35	1,050	3,23-3,47
Paciente	838	3,14	1,218	3,05-3,22
Total	1.844	3,18	1,095	3,13-3,23

Realizar su actividad laboral (escala de 1 a 5)

(p < 0,001)	n	Media	DE	IC del 95%
Médico	696	3,93	0,810	3,87-3,99
Farmacéutico	302	3,70	0,971	3,59-3,81
Paciente	838	3,21	1,437	3,11-3,30
Total	1.836	3,56	1,207	3,51-3,62

Mantener adecuadamente sus relaciones familiares/sociales (escala de 1 a 5)

(p < 0,001)	n	Media	DE	IC del 95%
Médico	694	3,34	0,868	3,28-3,41
Farmacéutico	306	3,30	0,980	3,19-3,41
Paciente	838	2,79	1,283	2,71-2,88
Total	1.838	3,09	1,125	3,03-3,14

Depresión (escala de 1 a 5)

(p < 0,001)	n	Media	DE	IC del 95%
Médico	695	4,06	0,623	4,02-4,11
Farmacéutico	313	3,55	0,946	3,44-3,65
Paciente	838	2,57	1,459	2,47-2,67
Total	1.846	3,30	1,317	3,24-3,36

Ansiedad (escala de 1 a 5)

(p < 0,001)	n	Media	DE	IC del 95%
Médico	696	4,03	0,686	3,97-4,08
Farmacéutico	310	3,84	0,884	3,74-3,94
Paciente	838	2,55	1,430	2,46-2,65
Total	1.844	3,33	1,319	3,27-3,39

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza.

que es más específica y restrictiva que la dirigida a los pacientes (¿le pregunta su médico acerca de la intensidad de su dolor o la mide de alguna forma?), o bien al reflejo de la vaga valoración del dolor que realiza gran número de médicos, ya que según los pacientes sus médicos preguntan de forma superficial cómo es su dolor. Esta discrepancia se observa en la forma de medición del dolor; la mayoría de los médicos afirma utilizar la EVA, mientras que más del 70% de los pacientes contesta que los médicos usan la escala verbal simple.

En general, la utilización de opiáceos para el tratamiento del dolor está rodeada de una serie de actitudes, creencias y mitos que generan reticencias, tanto por parte de los médicos que los prescriben como por los pacientes que los utilizan. Se ha publicado que las limitaciones para la prescripción de opiáceos se deben a: a) barreras culturales y sociales acerca de la adecuación y uso apropiado; b) aspectos legales, y c) insuficiencia de conocimiento¹⁴. Estas limitaciones se concretan en un tratamiento inadecuado del dolor relacionado con miedos, creencias y actitudes, tanto de médicos como de pacientes¹⁵⁻¹⁷. En este estudio no sólo se evalúa la existencia de estas barreras, sino que se compara la percepción que tienen de ellas los 3 colectivos implicados en el tratamiento del dolor, lo que ha permitido conocer los prejuicios de cada colectivo y su opinión respecto a las reticencias del resto de los grupos. En este sentido, la autopercepción de reticencia es escasa entre los médicos (8%) y tampoco es mayoritaria entre los farmacéuticos (35%) y los pacientes (25%). Sin embargo, los médicos sobrestiman las reticencias de los farmacéuticos y viceversa; además, tanto por parte de los médicos como de los farmacéuticos también hay una sobrestimación de la importancia que le dan los pacientes al riesgo de adicción y a la tolerancia y a las creencias acerca de sus temores al ser una indicación exclusiva en pacientes terminales u oncológicos. Este convencimiento puede “justificar” los propios prejuicios y poner trabas o limitar la prescripción o indicación de un tratamiento con opiáceos en ambos colectivos profesionales. Llegados a este punto, se podrían plantear si esta sobrestimación podría estar ligada a una falta de formación sobre el uso de opiáceos para tratar el dolor crónico no oncológico¹¹. Sin embargo, es de destacar que entre los médicos consultados no se aprecia ninguna conciencia de déficit de formación.

En consonancia con la revisión de Bloodworth¹⁴, el principal obstáculo para los médicos hace referencia a los aspectos legales como la necesidad de receta de estupefacientes. Es destacable como, además de confirmar que hay mitos y creencias, en este estudio se pone de manifiesto que los aspectos legales y las barreras burocráticas repercuten en muchas ocasiones en la infrautilización de los opiáceos mayores y, en consecuencia, son las responsables de un inadecuado tratamiento del dolor de muchos pacientes. Una quinta parte de los médicos no dispone de talonario de receta de estupefacientes en su consulta.

Tres de cada 4 médicos dicen informar al paciente acerca de su tratamiento, tanto verbalmente como por escrito, mientras que sólo 1 de cada 2 pacientes dice recibir la información por ambos canales. Este dato parece indicar que, en algún punto de la comunicación entre el médico y el paciente, la información que se trata de transmitir no llega adecuadamente. Esta pérdida de información acerca del tratamiento y sus efectos secundarios podría estar en el

origen, entre otros factores, de las reticencias que manifiestan algunos pacientes hacia el empleo de fármacos opiáceos y del infratratamiento subsiguiente, ya que no se puede dudar que un conocimiento adecuado del paciente acerca de los beneficios del tratamiento con opiáceos así como de las posibles reacciones adversas, su prevención y su tratamiento, mejorarían el seguimiento terapéutico.

Los efectos del dolor sobre distintos aspectos de la calidad de vida y de la esfera emocional son importantes, y hay diferencias en la valoración realizada por los 3 colectivos, con una ligera sobrestimación por parte de los médicos respecto a la evaluación de los pacientes. Una posible explicación a esta discrepancia podría estar en relación con los mitos que rodean al dolor y los distintos sistemas de afrontamiento. Por ejemplo, la resignación puede explicar la infraestimación de los pacientes acerca de la propia repercusión del dolor en sus actividades diarias respecto a las valoraciones efectuadas por el farmacéutico y su médico.

Tanto los hallazgos en investigaciones previas y los resultados de este estudio señalan la problemática del infratratamiento del dolor crónico de naturaleza multifactorial. Los principales problemas son la falta de evaluación sistemática y adecuada del dolor por parte de los profesionales, las reticencias derivadas de la falta de formación y de información, las trabas legales vigentes (accesibilidad a recetas de estupefacientes), el componente cultural subyacente a las actitudes y sistemas de afrontamiento hacia el dolor. Esta coyuntura obliga a diseñar intervenciones multifactoriales complejas en futuras investigaciones para mejorar el tratamiento adecuado de los pacientes con dolor crónico.

Las limitaciones que se plantean en el estudio son básicamente 3: a) selección de pacientes, cada médico participante debía seleccionar a 2 pacientes, uno con dolor controlado y otro sin dolor controlado. A priori, los médicos han cumplido las cuotas de clasificación de los pacientes seleccionando a la mitad de los pacientes con dolor controlado (51%) y a la otra mitad sin dolor controlado (49%), si bien según la clasificación del cuestionario de pacientes sólo el 5,6% de la muestra refiere dolor controlado ($EVA \leq 3$). Esta inconsistencia entre la opinión de los médicos y sus pacientes se puede justificar de 2 formas: por la infraestimación del dolor de los pacientes por parte de los médicos, y por el tiempo transcurrido (aproximadamente al menos 1 mes) desde la selección de los pacientes y la realización de su encuesta; b) metodología CATI; a menudo, cuando se utiliza esta metodología en población general se critica porque incluye un sesgo de selección de los participantes, los que tienen mayor disponibilidad de tiempo, como jubilados, amas de casa o la selección de hogares con aparato de teléfono. Sin embargo, en este estudio, tanto en la muestra dirigida a oficinas de farmacia como a los pacientes, este sesgo está controlado porque todas las oficinas de farmacia disponen de teléfono, y en el caso de los pacientes porque han sido seleccionados previamente y han facilitado un número de contacto, si no el suyo el de un familiar, y c) comparabilidad insuficiente entre los 3 colectivos; uno de los principales objetivos del estudio ha sido comparar actitudes, creencias, vivencias, percepciones y opiniones de las diferentes perspectivas de determinados especialistas que manejan el dolor, farmacéuticos de oficina y pacientes. Con este objetivo se construyeron 3 CRD incidiendo en el criterio de compara-

bilidad entre los 3 colectivos; no obstante, en preguntas como evaluación del dolor, objetivos del tratamiento y evolución de la satisfacción del paciente con el tratamiento la comparabilidad no es absoluta. La formulación de la pregunta acerca de la *evaluación del dolor* es diferente en el cuestionario de médicos y de pacientes, por lo que la comparación de los resultados queda comprometida porque hay una mayor tendencia a responder afirmativamente dada la mayor laxitud de la pregunta del cuestionario de pacientes que la del médico. En cuanto a la pregunta de *objetivos del tratamiento* en los cuestionarios, en el cuestionario del médico se recoge una categoría más de respuesta, calidad de vida, determinando la diferencia en la distribución de la respuesta de médicos y pacientes. Y, por último, en la *satisfacción del paciente con el tratamiento*, el planteamiento de la respuesta diverge entre los cuestionarios de médicos y pacientes. En el caso de los médicos, deben seleccionar un máximo de 2 opciones y en el cuestionario dirigido a pacientes deben priorizar las opciones de respuesta.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer la colaboración de los 697 investigadores de las UD, reumatología, traumatología y AP que facilitaron los datos, sin los que el estudio no hubiese sido posible.

Fuente de financiación: El proyecto PAINMAP recibió financiación de Janssen-Cilag.

Bibliografía

1. Aliaga A, Baños JE, Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A, coordinadores. Tratamiento del dolor: teoría y práctica. Barcelona: Editorial MRC; 1995.
2. Fricker J. Pain in Europe. A Report. Cambridge, England: Mundipharma International Ltd.; 2003. Disponible en: http://www.painineurope.com/user_site/index.cfm?item_id=4405413.
3. Tunks E, Bellissimo A. Coping with the coping concept: a brief comment. *Pain*. 1988;34:171-4.
4. Weir R, Browne G, Roberts J, Tunks E, Gafni A. The meaning of illness questionnaire: further evidence for its reliability and validity. *Pain*. 1994;58:377-86.
5. McCracken LM, Faber SD, Janeck AS. Pain related anxiety predicts non-specific physical complaints in persons with chronic pain. *Behav Res Ther*. 1998;36:621-30.
6. Vines SW, Gupta S, Whiteside T, Dostal-Johnson D, Hummler-Davis A. The relationship between chronic pain, immune function, depression and health behaviors. *Biol Res Nurs*. 2003;5:18-29.
7. Brown GK, Nicasio PM, Wallston KA. Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57:652-7.
8. Turk DC, Feldman CS. Non invasive approaches to pain control in terminal illness: the contribution of psychological variables. *Hosp J*. 1992;8:1-23.
9. Dobratz MC. Analysis of variables that impact psychological adaptation in home hospice patients. *Hosp J*. 1995;10:75-88.
10. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF. Coping with chronic pain: the role of assessment variables and coping strategies for the prediction of anxiety and depression in a sample of patients with chronic pain. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:8-16.
11. Breivik H, Collett B, Ventafridda V. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287-333.
12. Devulder J, Richarz U, Nataraja SH. Impact of long-term use of opioids on quality of life in patients with chronic, non-malignant pain. *Curr Med Res Opin*. 2005;21:1555-68.
13. Panda M, Staton LJ, Chen I, Kurz J, O'Rourke J, Pasanen M, et al. The influence of discordance in pain assessment on the functional status of patients with chronic nonmalignant pain. *Am J Med Sci*. 2006;332:18-23.
14. Bloodworth D. Opioids in the treatment of chronic pain: legal framework and therapeutic indications and limitations. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2006;17:355-79.
15. Bhamb B, Brown D, Hariharan J, Anderson J, Balousek S, Fleming MF. Survey of select practice behaviors by primary care physicians on the use of opioids for chronic pain. *Curr Med Res Opin*. 2006;22:1859-65.
16. Kahan M, Srivastava A, Wilson L, Gourlay D, Midmer D. Misuse of and dependence of opioids: study of chronic pain patients. *Can Fam Physician*. 2006;52:1081-7.
17. Blake S, Ruel B, Seamark C, Seamark D. Experiences of patients requiring strong opioid drugs for chronic non-cancer pain: a patient-initiated study. *Br J Gen Pract*. 2007;57:101-8.