

La importancia de evaluar (adecuadamente) el dolor

Cuando hace 20 años iniciamos nuestra línea de investigación sobre el dolor hospitalario, pudimos constatar rápidamente dos hechos que han sido profusamente confirmados desde entonces. El primero fue que el tratamiento del dolor postoperatorio era tan insuficiente como en los países de nuestro entorno. El segundo, la inexistencia de instrumentos validados para medir el dolor en nuestro país. Poco después publicamos un estudio que mostraba la correlación entre una escala analógica visual (EAV) y otra de descriptores verbales, así como un curioso fenómeno por el que médicos y enfermeras puntuaban menos que los pacientes a intensidades elevadas de dolor empleando una EAV¹. Pronto apreciamos también que los instrumentos unidimensionales tenían importantes limitaciones en la evaluación del dolor crónico, por lo que dedicamos tiempos y esfuerzos a obtener una versión del cuestionario de dolor más en boga en la época, el *McGill Pain Questionnaire* (MPQ)²⁻⁴, cuyas propiedades psicométricas han sido ampliamente estudiadas por otros autores⁵. Otra investigación permitió observar como el empleo de esta versión española del MPQ ayudaba a establecer claras diferencias en las intensidades del dolor y en el efecto analgésico al compararlo con los instrumentos unidimensionales en el dolor postoperatorio⁶. Se completaba, así, una línea de investigación destinada a dotar de instrumentos de evaluación con adecuadas propiedades psicométricas a los profesionales sanitarios españoles.

En el tiempo transcurrido desde entonces, no podemos sentirnos totalmente satisfechos de la evolución

de la evaluación del dolor en nuestros hospitales. Un estudio reciente realizado en Cataluña ha mostrado que la incorporación de instrumentos para medir el dolor no es aún una práctica común en los centros hospitalarios⁷. Todas las iniciativas realizadas durante estos años no han podido eliminar completamente la tradicional inercia de dejar la detección del dolor a la insistencia del paciente en manifestarlo, y quizá aún nos encontramos lejos de considerarlo como el quinto signo vital⁸. No significa, sin embargo, que no se haya avanzado en áreas de evaluación problemática, como el dolor neonatal⁹ o el dolor de personas con déficits cognitivos graves¹⁰.

¿Por qué es importante la evaluación sistemática del dolor? No es éste el lugar de analizar las consecuencias del dolor tratado inadecuadamente, pero sí de recordar que una evaluación incorrecta contribuye a aumentar la probabilidad de que sea así. La subjetividad del dolor obliga a establecer periódicamente si el dolor está presente aun cuando el paciente esté recibiendo analgésicos de forma pautaada, porque no es infrecuente que, pese a ello, los pacientes manifiesten una intensidad del dolor que podría aliviarse con cambios en la pauta. Como los pacientes son reticentes a manifestar su dolor, sólo su evaluación sistemática puede acercarnos a su detección. Un estudio reciente realizado en nuestro medio ha mostrado que los pacientes estaban satisfechos con el tratamiento recibido a pesar de haber sufrido dolor intenso en los días previos¹¹. La razón de esta situación paradójica radica probablemente en las creencias erróneas sobre el dolor, lo que conlleva una

asunción resignada de su presencia. Una respuesta más científica precisa datos que se obtendrán en estudios que se encuentran ya en curso.

El presente número de *Dolor* se dedica monográficamente a la evaluación del dolor. Considera inicialmente aspectos históricos y psicométricos para dedicarse después a analizar las posibilidades disponibles para evaluar el dolor en el ámbito clínico, para finalizar con dos artículos dedicados a dos de las situaciones más difíciles, el dolor neonatal y el presente en los pacientes con déficits cognitivos graves. Deseamos que contribuyan a que tal evaluación pueda realizarse de forma adecuada y que ello contribuya a mejorar la situación de los pacientes que lo sufren.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baños JE, Bosch F, Cañellas M, Bassols A, Ortega F, Bigorra J. Acceptability of visual analogue scales in the clinical setting: a comparison with verbal rating scales in postoperative pain. *Meth Find Exp Clin Pharmacol* 1989;11:123-7.
2. Lázaro C, Bosch F, Torrubia R, Baños JE. The development of a Spanish questionnaire for assessing pain. Preliminary data concerning reliability and validity. *Eur J Psychol Assess* 1994;10:145-51.
3. Lázaro C, Caseras X, Whizar-Lugo VM, et al. Psychometric properties of McGill Pain Questionnaire - Spanish Version: (MPQ-SV) in several Spanish-speaking countries. *Clin J Pain* 2001;17:365-74.
4. Lázaro C, Caseras X, Baños JE, Catalanian Group for the Study of Postherpetic Neuralgia. Postherpetic neuralgia. A survey evaluating the characteristics of patients seen in pain clinics. *Reg Anesth Pain Med* 2003;28:315-20.
5. Masedo AI, Esteve R. Some empirical evidence regarding the validity of the Spanish version of the McGill Pain Questionnaire (MPQ-SV). *Pain* 2000;85:451-6.
6. Lázaro C, Torrubia R, Caseras X, Baños JE. Medida del dolor postoperatorio: análisis de la sensibilidad de diversos instrumentos de autovaloración. *Rev Esp Anestesiol Rean* 2003;50:230-6.
7. Vallano A, Payrulet P, Malouf J, Baños JE. Estudio multicéntrico de la evaluación del dolor en el medio hospitalario. *Rev Esp Anest Rean*. En prensa.
8. Fishman SM. Pain as the fifth vital sign: how can I tell when back pain is serious. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2005;19:77-9.
9. Anand KJS, Aranda JV, Berde CB, et al. Analgesia and anesthesia for neonates: study design and ethical issues. *Clin Ther* 2005;27:814-43.
10. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in non-verbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:170-92.
11. Malouf J, Andiñón O, Torrubia R, Cañellas M, Baños JE. A survey of perceptions with pain management in Spanish inpatients. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:361-71.

Josep-Eladi Baños

Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud
Universitat Pompeu Fabra
Barcelona