

Evaluación de Ansiedad y Depresión en pacientes con Lumbalgia Crónica en la Unidad de Dolor de un Hospital Universitario

Evaluation of Anxiety and Depression in Patients with Chronic Low Back Pain of a University Hospital Pain Unit

Castromán, Pablo ⁽¹⁾; Ayala, Santiago ⁽²⁾; Schwartzmann, Ana ⁽²⁾; Surbano, Marta ⁽²⁾; Varaldi, Giannina ⁽³⁾

Resumen

La Ansiedad y la Depresión son las formas más frecuentes de alteraciones psicológicas que se ven en pacientes con dolor crónico, en general; y Lumbalgia Crónica, en particular. No existen, en nuestro medio, reportes sobre estos trastornos psicológicos en pacientes con lumbalgia crónica, siendo pocos los estudios en Latinoamérica. El objetivo del presente estudio piloto fue evaluar la presencia de Ansiedad y Depresión en pacientes con Lumbalgia crónica, acompañada o no de dolor radicular, que consultaron en el Servicio de Tratamiento del Dolor de nuestro Hospital Universitario. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (EADH, versión en español de la Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) fue el instrumento utilizado para la valoración de ansiedad y depresión. La muestra fue de 25 pacientes. De éstos, 16 (64%) presentaron diagnóstico de Ansiedad y 7 (28%) de Depresión. La frecuencia de Ansiedad en esta muestra fue más alta que la de Depresión que, sin contar los casos probables, fue de 28%. Se registraron 3 casos de diagnóstico probable de Ansiedad y 7 de Depresión. Los pacientes estudiados presentaban dolor intenso e incapacitante, evaluado por el Inventario Abreviado de Dolor. Se observó una correlación lineal positiva moderada a débil, pero estadísticamente significativa entre Ansiedad y Depresión, y la intensidad del dolor medido el Índice de Intensidad. Se encontró una correlación positiva débil, aunque estadísticamente significativa entre Ansiedad y Depresión y el Índice de Interferencia. En conclusión, en este estudio piloto en pacientes con Lumbalgia Crónica se detectaron, utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, niveles elevados de Ansiedad, con niveles menores de Depresión, trastornos que se correlacionan con la intensidad del dolor y la incapacidad derivada de éste de manera moderada a débil. Este es el primer estudio en nuestro medio que evalúa Ansiedad y Depresión en pacientes con Lumbalgia Crónica, utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria validada en español. Los hallazgos obtenidos exigen un abordaje interdisciplinario de la Lumbalgia Crónica, que podrá incluir el uso de antidepresivos con acción ansiolítica como la Duloxetine.

Palabras clave: escala de ansiedad y depresión hospitalaria, lumbalgia crónica, síndrome radicular lumbosacro.

Abstract

Anxiety and Depression are frequent disorders in patients with Chronic Pain, in particular in the spine. No studies evaluating these psychological disorders have been performed in our country in Chronic Low Back Pain patients, and a few were found in Latin America. The goal of the present pilot study was to evaluate the presence of Anxiety and Depression in Chronic Back Pain patients with or without radicular pain, utilizing the Hospital Anxiety and Depression Scale, in the Spanish validated version. 25 patients were chosen of the ambulatory consultation of the Chronic Pain Treatment Unit of the University Hospital. 16 (64%) presented Anxiety and 7 Depression (28%). The probable cases were 3 for Anxiety and 7 for Depression. All the patients had intense pain and functional impairment, evaluated by the Brief Pain Inventory instrument. A moderate to weak, statistically significant, positive correlation, were observed between Anxiety and Depression and pain intensity and interference, measured by the Intensity and Interference Scores. In conclusion, in the present pilot study in Chronic Low Back Pain patients, high levels of Anxiety was observed, with lower frequency of Depression, utilizing, for first time in our Country, the Hospital Anxiety and Depression Scale in Spanish. Weak to moderate positive correlations were observed between Anxiety and Depression and pain intensity and interference in patient daily activities. Under the light of these findings, an interdisciplinary approach of Chronic Low Back Pain patients is mandatory, including the use of antidepressants with a tranquilizer profile, as it is Duloxetine.

Keywords: hospital anxiety and depression scale, chronic low back pain, lumbosacral radicular syndrome.

(1) Profesor Agregado

(2) Profesor Adjunto

(3) Asistente

Unidad de Terapia del Dolor. Departamento y Cátedra de Anestesiología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

Introducción

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a un daño tisular real o potencial (1). Se ve afectado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales que interactúan entre sí y suele asociar factores cognitivos que actúan en el proceso de establecimiento del dolor crónico (2). El dolor crónico es una experiencia dolorosa de larga duración, generalmente asociada a una enfermedad prolongada, que no cede totalmente con el tratamiento y carece de valor adaptativo (2).

El dolor crónico en la región lumbar constituye un problema significativo y de importancia creciente. Estudios de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo muestran que entre el 60 y el 90% de las personas presenta dolor lumbar en algún momento de su vida, por lo tanto, se considera como una de las causas más comunes de la consulta externa de medicina general y especializada (3).

Se define la lumbalgia como el dolor localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, sin que esta irradiación por debajo de la rodilla deba ser considerada, necesariamente, de origen radicular (4).

El Síndrome Radicular Lumbosacro, por otra parte, es una consulta frecuente de dolor neuropático, se caracteriza por dolor lumbar irradiado a uno o más dermatomas lumbares o sacros, comúnmente denominado lumbociatalgia. Puede o no acompañarse de síntomas radiculares irritativos, como son las parestesias y, eventualmente, síntomas y signos deficitarios (5, 6).

El modelo biopsicosocial del dolor lumbar y/o radicular amplía el paradigma tradicional que relacionaba directamente el dolor con la presencia de daño tisular, reconociendo la compleja multidimensionalidad del dolor en la interacción de factores biológicos, psicológicos, emocionales y sociales (7). La Ansiedad y la Depresión son las formas más frecuentes de alteraciones psicológicas que se ven en pacientes con dolor crónico, en general; y Lumbalgia Crónica, en particular (8). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (EADH, versión en español de la Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para el diagnóstico de ambos trastornos en pacientes hospitalarios con enfermedades médicas no psiquiátricas (9).

Se trata de un instrumento corto (14 ítems), traducido a varios idiomas incluido el español, que ha mostrado su fiabilidad y validez; útil para realizar el diagnóstico y establecer la severidad de ambos trastornos. Se propone como ventajas, además de su brevedad y fácil aplicación para médicos no especialistas en psiquiatría, la exclusión en su cuestionario de ítems de carácter somático vinculables a la ansiedad. Esto último puede constituir un sesgo en pacientes evaluados en un contexto hospitalario, tanto ingresados como ambulatorios, lo que constituye una ventaja práctica y científica frente a otros instrumentos diseñados para detectar Ansiedad y Depresión (10).

Hasta donde sabemos, no existen estudios sobre el diagnóstico de Ansiedad y Depresión en pacientes hospitalarios con dolor u otras enfermedades en nuestro medio, siendo pocos los estudios que evalúan estos trastornos psicológicos en pacientes con Dolor Crónico en Latinoamérica (11-14).

El objetivo del presente estudio piloto fue evaluar la presencia de Ansiedad y Depresión en un grupo de pacientes con Lumbalgia y/o Lumbociatalgia que consultaron en el Servicio de Tratamiento del Dolor Crónico de nuestro Hospital Universitario. Como evaluación multidimensional del dolor en estos pacientes fue utilizado el Inventario Abreviado del Dolor (IAD, Brief Pain Inventory, BPI). Este es un cuestionario autoadministrado y de fácil comprensión, que consta de dos dimensiones: una de ellas valora la intensidad del dolor y la otra mide la interferencia del dolor en la vida cotidiana del paciente (15, 16). En nuestro Servicio tenemos una amplia experiencia en su utilización como instrumento de evaluación en pacientes con dolor lumbosacro crónico (15, 17, 18). La dimensión que se refiere a la interferencia del dolor en la vida cotidiana

puede ser entendida como un instrumento de evaluación de la calidad de vida del paciente con dolor. En uno de sus ítems se pregunta específicamente sobre cómo el dolor afecta el estado de ánimo del paciente, cuantificando esta afectación de cero a diez. De algún modo, esta pregunta del inventario evalúa de modo inespecífico la eventual depresión que podría presentar el paciente con dolor crónico. Como objetivos adicionales de este estudio se agregan la evaluación de la correlación entre Ansiedad y Depresión entre sí, y en relación a las distintas dimensiones de evaluación del dolor mediante el Inventario Abreviado de Dolor.

Materiales y Método

Fue desarrollado un estudio observacional, descriptivo, de intervención, preliminar o piloto, para evaluar la Ansiedad y la Depresión que acompañan al dolor a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (EADH), validada en idioma español. La muestra de pacientes con dolor lumbar crónico con o sin dolor radicular, fue obtenida de aquéllos que consultaron en el período comprendido entre septiembre y diciembre de 2018 en la Unidad de Terapia del Dolor del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay. La muestra no probabilística constó de 25 pacientes, que contaban con diagnóstico clínico de Lumbalgia o Lumbociatalgia Crónica, debido a Síndrome Radicular Lumbosacro, Síndrome Facetario, Dolor Discógeno o combinación de éstos, confirmado o no por imagen (Resonancia Magnética y/o Tomografía Computada).

Participaron en forma voluntaria mediante la firma del formulario del Consentimiento Informado, posterior a su lectura, explicación y comprensión del mismo.

Criterios de exclusión: Menores de 18 años y otros cuadros dolorosos que no fueran los anteriormente mencionados.

Instrumentos

Se completó el Inventario Abreviado para el Dolor (IAD) como es rutina en los pacientes que acuden a la Unidad de Terapia del Dolor, que consta de un diagrama para registrar la localización del área dolorosa en una figura humana, escalas para la evaluación de la intensidad e impacto de dolor en las actividades del paciente, registradas mediante escalas numéricas que varían entre 0 (ningún dolor), 10 (el peor dolor posible) y por un conjunto de afirmaciones sobre la vida de la persona, su actividad general, estado de ánimo, capacidad de caminar, el trabajo, las relaciones sociales, el sueño y la capacidad de diversión, medidas en una escala con diez valores (desde ninguna interferencia hasta interferencia total). Se calculó en cada caso el Índice de Intensidad (promedio de las preguntas 3 a 6) y el Índice de Interferencia (promedio de preguntas 9A a 9G). La pregunta 6 se refiere al dolor actual y puede considerarse como el equivalente de la Escala Verbal Numérica (EVN). La parte B de la pregunta 9 del Inventario se refiere a la interferencia o afectación que el dolor produce sobre el estado de ánimo de los pacientes, pudiendo considerarse como un instrumento de evaluación inespecífico de la Depresión a través de pregunta única.

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (EADH), versión en español, es un inventario de autoinforme, compuesto por 14 ítems, dos subescalas de 7 ítems cada

una e intercaladas, en escala Likert de 0 a 3. La subescala Ansiedad corresponde a los ítems impares y la subescala de Depresión corresponde a los ítems pares, con un rango de puntuación en cada subescala de 0 a 21. A mayor puntuación, mayor ansiedad y depresión. Para ambas subescalas, los autores sugieren que las puntuaciones superiores a 11 indicarían “Caso” y mayores de 8 se considerarían “Caso Probable” (10).

Evaluación Estadística

Los datos se presentan como la media y su desvío estándar y porcentajes.

El número de pacientes con diagnóstico presuntivo de Ansiedad y Depresión sobre el total de los pacientes evaluados se expresó como porcentaje. Se tomó como punto de corte para el diagnóstico de ambos trastornos valores iguales o mayores a 8. En aquellos casos que tuvieran puntuaciones entre 8 y 11 se clasificaron como “Casos Probables”, siendo los “Casos” aquellos pacientes con 11 o más puntos en ambas subescalas.

Los puntajes obtenidos en ambas subescalas fueron contrastados utilizando un Test de T para muestras independientes. La frecuencia de aparición de Casos de Ansiedad y Depresión fue comparada utilizando el Test de Fischer para comparación de proporciones.

La relación entre los puntajes de Ansiedad y Depresión obtenidos por el EADH y la intensidad e interferencia del dolor medidas por los Índices de Intensidad e Interferencia, se evaluaron a través del Coeficiente de Correlación de Pearson.

La relación entre ambas subescalas del EADH, Ansiedad y Depresión y la correlación entre la subescala de Depresión y la interferencia sobre el estado de ánimo medido a través el IAD (parte B de la pregunta 9) se analizó mediante el cálculo del Coeficiente de Correlación de Pearson.

Se dividieron en dos grupos los resultados obtenidos mediante la subescala de Depresión y los resultados de la parte B de la pregunta 9 del IAC. Aquellos pacientes que presentaron valores de la subescala de depresión y una interferencia del dolor sobre el estado de ánimo mayor a 7 se consideraron como Concordantes. Aquellos pacientes que no cumplieron con esta condición se consideraron Discordantes.

Todos los cálculos estadísticos fueron realizados utilizando el programa Graphpad Prism versión 7. Un valor de p menor o igual a 0,05 fue considerada estadísticamente significativa.

Materiales y Método

Fue desarrollado un estudio observacional, descriptivo, de intervención, preliminar o piloto, para evaluar la Ansiedad y la Depresión que acompañan al dolor a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (EADH), validada en idioma español. La muestra de pacientes con dolor lumbar crónico con o sin dolor radicular, fue obtenida de aquéllos que consultaron en el período comprendido entre septiembre y diciembre de 2018 en la Unidad de Terapia del Dolor del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

La muestra no probabilística, constó de 25 pacientes, que contaban con diagnóstico clínico de Lumbalgia o Lumbociatalgia Crónica, debido a Síndrome Radicular Lumbosacro, Síndrome Facetario, Dolor Discógeno o combinación de éstos, confirmado o no por imagen (Resonancia Magnética y/o Tomografía Computada).

Participaron en forma voluntaria mediante la firma del formulario del Consentimiento Informado, posterior a su lectura, explicación y comprensión del mismo.

Criterios de exclusión: Menores de 18 años y otros cuadros dolorosos que no fueran los anteriormente mencionados.

Instrumentos

Se completó el Inventario Abreviado para el Dolor (IAD) como es rutina en los pacientes que acuden a la Unidad de Terapia del Dolor, que consta de un diagrama para registrar la localización del área dolorosa en una figura humana, escalas para la evaluación de la intensidad e impacto de dolor en las actividades del paciente, registradas mediante escalas numéricas que varían entre 0 (ningún dolor), 10 (el peor dolor posible) y por un conjunto de afirmaciones sobre la vida de la persona, su actividad general, estado de ánimo, capacidad de caminar, el trabajo, las relaciones sociales, el sueño y la capacidad de diversión, medidas en una escala con diez valores (desde ninguna interferencia hasta interferencia total). Se calculó en cada caso el Índice de Intensidad (promedio de las preguntas 3 a 6) y el Índice de Interferencia (promedio de preguntas (9A a 9G)). La pregunta 6 se refiere al dolor actual y puede considerarse como el equivalente de la Escala Verbal Numérica (EVN). La parte B de la pregunta 9 del Inventario se refiere a la interferencia o afectación que el dolor produce sobre el estado de ánimo de los pacientes, pudiendo considerarse como un instrumento de evaluación inespecífico de la Depresión a través de pregunta única.

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (EADH), versión en español, es un inventario de autoinforme, compuesto por 14 ítems, dos subescalas de 7 ítems cada una e intercaladas, en escala Likert de 0 a 3. La subescala Ansiedad corresponde a los ítems impares y la subescala de Depresión corresponde a los ítems pares, con un rango de puntuación en cada subescala de 0 a 21. A mayor puntuación, mayor ansiedad y depresión. Para ambas subescalas, los autores sugieren que las puntuaciones superiores a 11 indicarían “Caso” y mayores de 8 se considerarían “Caso Probable” (10).

Evaluación Estadística

Los datos se presentan como la media y su desvío estándar y porcentajes.

El número de pacientes con diagnóstico presuntivo de Ansiedad y Depresión sobre el total de los pacientes evaluados se expresó como porcentaje. Se tomó como punto de corte para el diagnóstico de ambos trastornos valores iguales o mayores a 8. En aquellos casos que tuvieran puntuaciones entre 8 y 11 se clasificaron como “Casos Probables”, siendo los “Casos” aquellos pacientes con 11 o más puntos en ambas subescalas.

Los puntajes obtenidos en ambas subescalas fueron contrastados utilizando un Test de T para muestras independientes. La frecuencia de aparición de Casos de Ansiedad y Depresión fue comparada utilizando el Test de Fischer para comparación de proporciones.

La relación entre los puntajes de Ansiedad y Depresión obtenidos por el EADH y la intensidad e interferencia del dolor medidas por los Índices de Intensidad e Interferencia, se evaluaron a través del Coeficiente de Correlación de Pearson.

La relación entre ambas subescalas del EADH, Ansiedad y Depresión y la correlación entre la subescala de Depresión y la interferencia sobre el estado de ánimo medido a través el IAD (parte B de la pregunta 9) se analizaron mediante el cálculo del Coeficiente de Correlación de Pearson.

Se dividieron en dos grupos los resultados obtenidos mediante la subescala de Depresión y los resultados de la parte B de la pregunta 9 del IAC. Aquellos pacientes que presentaron valores de la subescala de depresión y una interferencia del dolor sobre el estado de ánimo mayor a 7 se consideraron como Concordantes. Aquellos pacientes que no cumplieron con esta condición se consideraron Discordantes.

Todos los cálculos estadísticos fueron realizados utilizando el programa Graphpad Prism versión 7. Un valor de p menor o igual a 0,05 fue considerada estadísticamente significativa.

Resultados

Un total de 25 pacientes fueron evaluados con el cuestionario adaptado al español para el diagnóstico de Ansiedad y Depresión, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Todos los pacientes presentaban Lumbalgia Crónica acompañada o no de Dolor Radicular, con evolución mayor a un año. 7 pacientes fueron de sexo masculino y los 18 restantes fueron mujeres. La edad promedio de los pacientes fue de 45 ± 8 años.

La intensidad del dolor medido con la Escala Verbal Numérica (EVN), tomada de la pregunta 6 del IAD, fue de $7,9 \pm 2,4$, lo que implica un dolor severo en intensidad. El Índice de Intensidad fue de $7,3 \pm 2,4$ y el Índice de Interferencia fue de $7,2 \pm 2,4$. Los puntajes totales de Ansiedad y de Depresión obtenidos por la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (EADH) fueron $11,7 \pm 4,8$ y $8,8 \pm 4,7$, respectivamente. El puntaje fue mayor para Ansiedad, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$, Test de T para muestras independientes).

Tomando como punto de corte el valor 8, 19 pacientes presentaron el diagnóstico de Ansiedad (76%), 15 presentaron Depresión (60%) y 14 presentaron ambos trastornos (56%). En el caso de Ansiedad, 16 (64%) pacientes presentaron valores iguales o mayores de 11 (Caso) y solo hubo 3 Casos Probables (12%). Para el diagnóstico de Depresión fueron 7 los Casos (28%) mientras que fueron 7 también los Casos Probables. Nuevamente, en la muestra estudiada, el diagnóstico de Caso fue más frecuente para Ansiedad que para Depresión, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$, Test de Fischer).

Si se analiza la parte B de la pregunta 9 del IAD, donde se interroga acerca del grado en que el dolor interfiere con el estado de ánimo, en una escala de 0 a 10, el promedio de datos obtenidos es de $7,62 \pm 2,4$ (Tabla 1).

	Edad	EVN	Índice Intensidad	Índice Interferencia	Estado de Animo	Ansiedad	Depresión
Media	45	7,9	7,3	7,2	7,62	11,7*	8,8
DE	8	2,4	2,4	2,4	2,4	4,8	4,7

Tabla 1: Principales variables evaluadas en la muestra de pacientes que consultaron por lumbalgia crónica en la Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico en nuestro Hospital Universitario. Se muestra edad de los pacientes en años, la puntuación en la Escala Verbal Numérica (EVN) tomada de la pregunta 6 del Inventario Abreviado de Dolor (IAD), Índice de Intensidad y de Interferencia, interferencia sobre el estado de ánimo (pregunta 9, parte B) y los puntajes totales de Ansiedad y Depresión obtenidos de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria validada en idioma español. Los datos se muestran como la Media y su Desvío Estándar. Nótese que la Ansiedad fue mayor que los puntajes para Depresión, diferencia estadísticamente significativa (Test de T para muestras independientes). La frecuencia de Ansiedad fue mayor y estadísticamente significativa que la de Depresión (véase texto).

De los 15 pacientes que presentaron diagnóstico de Depresión (Caso o Caso Probable), 13 tuvieron puntajes de 7 o más en la parte B de la pregunta 9 del inventario, lo que implica un 86% de concordancia entre los trastornos del estado de ánimo como Depresión, evaluados por la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y la interferencia sobre el estado de ánimo evaluado por el IAD.

La figura 1 muestra la evaluación de la correlación lineal, mediante el cálculo del Coeficiente de Pearson entre Depresión evaluado por la EADH y la interferencia sobre el estado de ánimo evaluada por el IAD. Se encontró una correlación lineal positiva, moderada y estadísticamente significativa entre la Depresión evaluada por la EADH y la interferencia sobre el estado de ánimo, obtenidos por el IAD. Para la correlación entre Depresión e Interferencia sobre el estado de ánimo, el coeficiente de Pearson, r, fue de 0,57, con un $R^2 = 0,32$ con un valor de $p = 0,003$.

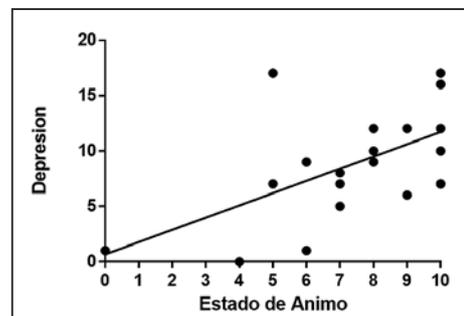


Figura 1: Correlación entre Depresión e interferencia del dolor sobre el estado de ánimo, tomada esta de la pregunta 9 parte B del Inventario Abreviado de Dolor de los pacientes evaluados. Se observa una correlación lineal positiva entre ambas, de aceptable robustez (coeficiente de Pearson r de 0,59). Se muestra la línea de ajuste para dicha correlación.

Una correlación lineal positiva, moderada a débil, pero estadísticamente significativa fue encontrada entre Ansiedad y Depresión evaluada por la EADH y la intensidad del dolor, medida por el Índice de Intensidad (Figuras 2 y 3, Tabla 2).

Entre Ansiedad e Índice de Intensidad el Coeficiente de Pearson obtenido fue de 0,44, el $R^2=0,19$ con un valor de $p=0,02$. Aunque estadísticamente significativa, la correlación es débil (Tabla 2).

Por otra parte, entre Depresión e Índice de Intensidad el Coeficiente de Pearson calculado fue de 0,56, el $R^2=0,32$, con un valor de $p=0,003$, lo que representa una correlación positiva de moderada robustez y estadísticamente significativa (Tabla 2, Figura 3).

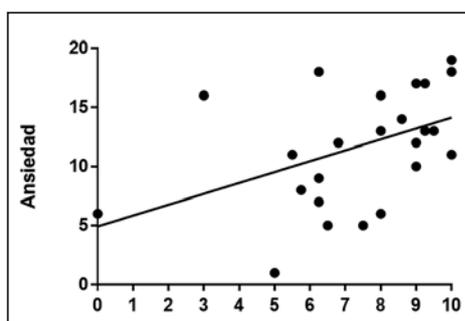


Figura 2: Correlación entre Ansiedad e intensidad del dolor, evaluada por el Índice de Intensidad tomado del Inventario Abreviado de Dolor de los pacientes evaluados. Se observa una correlación lineal positiva débil a moderada entre ambas (coeficiente de Pearson r de 0,44), pero estadísticamente significativa ($p=0,02$). Se muestra la línea de ajuste para dicha correlación.

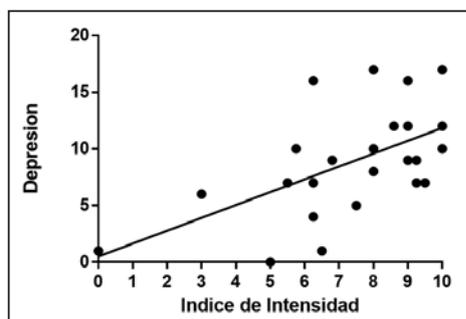


Figura 3: Correlación entre Depresión e intensidad del dolor, evaluada por el Índice de Intensidad, tomado del Inventario Abreviado de Dolor de los pacientes evaluados. Se observa una correlación lineal positiva moderada entre ambas (coeficiente de Pearson r de 0,56) y estadísticamente significativa ($p=0,003$). Se muestra la línea de ajuste para dicha correlación.

Se encontró una correlación positiva débil entre Ansiedad y Depresión y el Índice de Interferencia, con Coeficientes de Pearson de 0,3 y 0,4, respectivamente. Esta correlación fue también estadísticamente significativa para ambas correlaciones ($p<0,05$, Tabla 2)

Ansiedad (EADH)	Índice de Intensidad	Índice de Interferencia	Depresión (EADH)	Índice de Intensidad	Índice de Interferencia
Coefficiente r	0,44	0,3	0,7	0,56	0,4
R2	0,19	0,09	0,49	0,32	0,16
Valor de p	=0,02	<0,05	< 0,0001	=0,003	<0,05

Tabla 2: Resumen del análisis de correlación lineal entre Ansiedad y Depresión e Intensidad e Interferencia del Dolor medido por el Índice de Intensidad e Índice de Interferencia obtenidos del Inventario Abreviado de Dolor. También se muestra la correlación lineal existente entre Ansiedad y Depresión obtenidas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalarias. Se expone el Coeficiente r de Pearson, el valor de R^2 y la significación estadística por el valor de p .

En suma, existe una correlación positiva moderada entre Ansiedad y Depresión y la intensidad del dolor, con una correlación positiva débil entre Ansiedad y Depresión y la interferencia que el dolor tiene sobre las actividades diarias de los pacientes.

Por último, se observó una correlación positiva potente entre los datos obtenidos de las preguntas que evalúan Ansiedad y Depresión en la EADH. La misma se observa en la figura 4.

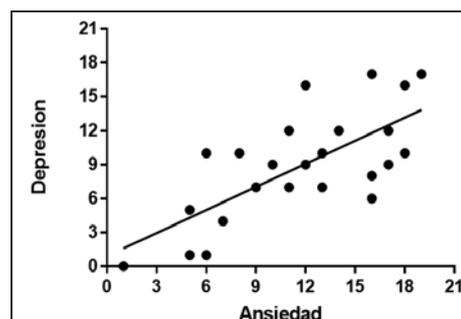


Figura 4: Correlación entre puntajes de Depresión y Ansiedad, obtenidos con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en los pacientes evaluados. Se observa una correlación lineal robusta y estadísticamente significativa (coeficiente de Pearson r de 0,7, $p<0,0001$). Se muestra la línea de ajuste para dicha correlación.

En este caso, el Coeficiente de Pearson calculado fue de 0,7 y el R^2 fue de 0,49, con un valor de $p<0,0001$, relación que vincula en su patogénesis, ambos trastornos psicológicos (Tabla 2, tercera columna).

Discusión

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio realizado para detectar Ansiedad y Depresión en pacientes con Dolor Crónico en nuestro medio y uno de los pocos estudios realizados en Latinoamérica sobre diagnóstico de estos trastornos en pacientes con dolor, utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (EADH), versión validada en español de la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Si bien se trata de un estudio piloto diseñado para desarrollar el uso de este instrumento en pacientes que consultaron por Lumbalgia en nuestro Servicio, con un número bajo de casos, los datos resultaron de interés clínico y científico. Se observó un elevado porcentaje de pacientes con diagnóstico de Trastorno

de Ansiedad, 64% sin contar los casos probables. La frecuencia de ansiedad en esta muestra fue más alta que la de depresión que, sin contar los casos probables, fue de 28%. Si bien, este hallazgo podría ser inesperado, por tratarse de pacientes con Dolor Crónico, cuyo trastorno psicológico acompañante suele ser la Depresión, otros investigadores encontraron similares hallazgos, utilizando la escala propuesta en este estudio. Sagheer y cols. encuentran un 55% de pacientes con ansiedad y un 48% de pacientes con depresión, utilizando la escala original en inglés, en pacientes con Lumbalgia Crónica (19). Una relación similar fue encontrada en un estudio alemán, en pacientes con Lumbalgia Crónica, donde se encontró un 36% de pacientes con ansiedad y 29% con depresión (20).

De todos modos, es importante destacar que numerosos estudios muestran que en pacientes con Dolor Crónico la frecuencia de depresión oscila entre 30 a 54%, contra 5 a 8% de frecuencia en la población general (21-23). Frecuencias que oscilan entre 50 y 70% de pacientes con Ansiedad y Depresión en sujetos con Lumbalgia han sido reportados utilizando el EADH como instrumento (24).

En Latinoamérica, en un estudio realizado en México, utilizando la versión en español de la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria, Morales-Vigil y cols. encuentran en pacientes con dolor crónico nociceptivo y neuropático, puntuaciones de ansiedad mayores y estadísticamente significativas que las puntuaciones de depresión, de modo similar a los resultados presentados en nuestro estudio (11).

En el análisis realizado, se encontró una correlación positiva moderada entre Ansiedad y Depresión y la intensidad del dolor, junto con una correlación positiva débil entre Ansiedad y Depresión, y la interferencia que el dolor tiene sobre las actividades diarias de los pacientes.

Resultados similares, en cuanto a depresión y su relación con incapacidad e intensidad del dolor, fueron observados en una muestra de pacientes con Lumbalgia Crónica en Brasil, aunque utilizando otros instrumentos para la evaluación multidimensional. Los autores encontraron una correlación débil positiva entre depresión e intensidad del dolor, y positiva moderada entre depresión e incapacidad (12).

Más allá de la correlación que pueda existir entre Ansiedad y Depresión con la intensidad y la incapacidad generada por el dolor en nuestro estudio, existe una concordancia entre niveles elevados de Ansiedad y Depresión, e Intensidad e Incapacidad, medidas con el Inventario Abreviado de Dolor, lo que nos permite afirmar, incluso con esta muestra pequeña, que la Lumbalgia acompañada o no de dolor radicular, de intensidad severa y con severas interferencias sobre la calidad de vida, se acompañan con mucha frecuencia de ansiedad, depresión o ambos trastornos.

Es de destacar que en esta muestra, la afectación sobre el estado de ánimo, evaluada con el Inventario Abreviado de Dolor, fue también elevada, con puntuaciones por encima de 7 en una escala del 0 a 10. Esta evaluación no especifica de qué tipo de trastorno se pregunta, aunque por trastorno del estado de ánimo se entiende mejor con los trastornos depresivos. Asimismo, los puntajes correspondientes a la depresión en el EADH tuvieron una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa con la interferencia sobre el estado de ánimo evaluado por el IAD. Se podría inferir entonces que la parte B de la pregunta 9 del IAD resultaría de utilidad para una evaluación indirecta de depresión vinculada al dolor.

Con respecto a sensibilidad y especificidad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, en consulta con la base de datos de PubMed, los artículos encontrados evidencian que la escala presenta un buen nivel de sensibilidad (en el entorno al 90%), pero con un nivel menor de especificidad (alrededor de 50%) para detectar ansiedad y depresión, aunque no se trata en estos estudios de pacientes con dolor crónico (10). De esta forma, el EADH es un instrumento de alta sensibilidad para detectar los trastornos mencionados en el entorno de los Servicios de Tratamiento del Dolor, que ayudaría al médico algólogo a discriminar a aquellos pacientes que podrían requerir evaluación psiquiátrica más específica.

La detección de los factores psicológicos acompañantes, como ansiedad, depresión o catastrofismo ante el dolor han sido propuestos como posibles factores predictores de resultados poco efectivos en la utilización de técnicas intervencionistas para el tratamiento del dolor espinal. Samwel reporta que niveles elevados de catastrofismo ante el dolor son el único factor psicológico predictor de malos resultados en la utilización de la Radiofrecuencia Pulsada del Ganglio de la Raíz Dorsal en el dolor radicular cervical (25). Sivaganesan y cols. determinan que niveles elevados de ansiedad previa a las inyecciones epidurales de esteroides reducen la respuesta favorable de dichos procedimientos (26). Utilizando la EADH, Wasan y cols. encuentran que niveles elevados de ansiedad y depresión reducen las respuestas positivas a las inyecciones de anestésicos locales diagnósticas de ramos medios facetarios (27).

Se realizó un análisis retrospectivo de 59 formularios de IAD de pacientes que fueron seleccionados para la realización de procedimientos intervencionistas para el tratamiento del Síndrome Radicular Lumbosacro (datos no publicados). De éstos, 36 fueron Inyecciones Epidurales de Esteroides y 23 fueron Radiofrecuencias Pulsadas del Ganglio de la Raíz Dorsal. Los pacientes se clasificaron como Respondedores a los procedimientos, cuando se constató un descenso de al menos dos puntos en la puntuación de la EVN luego de los mismos; y No Respondedores, cuando no se obtuvo respuesta alguna. Del total de pacientes analizados retrospectivamente, 25 fueron Respondedores y 34 fueron No Respondedores. El resultado promedio de lo contestado en la parte B de la pregunta 9 del IAD previo a los procedimientos en aquellos pacientes Respondedores fue de $7,4 \pm 2,7$; y en los No Respondedores fue de $7,8 \pm 2,1$. No se encontraron diferencias en las puntuaciones que reflejan la Interferencia del Dolor sobre el estado de ánimo entre aquellos pacientes que responden a los procedimientos intervencionistas y aquéllos que no responden. Es de destacar que, en ambos grupos, la interferencia que el dolor genera en el estado de ánimo de los pacientes fue elevado, en ambos casos con promedios arriba de 7. En un trabajo reciente sobre evaluación del catastrofismo ante el dolor en pacientes que consultaron por Lumbalgia y Síndrome Radicular Lumbosacro en nuestra Unidad, encontramos niveles elevados de catastrofismo, mayor a 30, en la mayoría de los pacientes estudiados (mayor a 70%). Catastrofismo, Ansiedad y Depresión, entonces, son factores psicológicos que pueden incidir en las respuestas analgésicas de los procedimientos intervencionistas de uso corriente en las Unidades de Tratamiento Intervencionista. Actualmente, están en curso en nuestro Servicio trabajos de investigación para evaluar en forma prospectiva el posible valor predictivo de Ansiedad, Depresión y Catastrofismo en la respuesta a estos procedimientos en el Síndrome Radicular Lumbosacro.

Por último, aunque se trate de una muestra pequeña, parte de un estudio piloto para aplicar la EADH en un grupo de pacientes con Lumbalgia y Lumbociatalgia, el mismo arroja datos de importancia clínica inmediata. Ante estos niveles encontrados de ansiedad y depresión, es mandatorio iniciar un tratamiento al menos farmacológico en estos pacientes, solicitando la interconsulta o participación del Equipo de Salud Mental de nuestro hospital, si se desea realizar un abordaje interdisciplinario del dolor en estos casos, el cual ha mostrado ser el más eficaz (24).

Dentro de las opciones disponibles, destacamos para tratar tanto ansiedad como depresión, la utilización de antidepressivos del grupo de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (ISRSN), dentro de los cuales la Duloxetina ha mostrado buenos resultados en el tratamiento de la Lumbalgia Crónica, con y sin componente radicular (28, 29). Mayor número de estudios en este sentido son necesarios para posicionar al fármaco en el tratamiento de la Lumbalgia Crónica.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 15 de febrero de 2019, aceptado sin corrección para publicación el 19 de febrero de 2019.

Correspondencia a:
Dr. Pablo Castromán Espasandín
Departamento y Cátedra de Anestesiología.
Facultad de Medicina. Universidad de la República.
Montevideo. Uruguay.
E-mail: pcastroman@hotmail.com

Referencias Bibliográficas

- (1) Andrés Ares J, Cruces Prado LM, Canos Verdecho MA, Penide Villanueva L, Del Valle Hoyos M, Herdman M, Traseira Lugilde S, Velázquez River. Validation of the Short Form of the Brief Pain Inventory (BPI-SF) in Spanish Patients with Non-Cancer-Related Pain. *Pain Practice* 2015 September 15 (7):643-53.
- (2) Bello A, Benítez N, Oviedo O. Características del dolor, aspectos psicológicos, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor de espalda crónico en una ciudad de Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 2017; 45: p. 310-316.
- (3) Quesada Brenes F. Lumbalgia laboral. Un análisis de las valoraciones periciales realizadas en la sección de medicina del trabajo del departamento de medicina legal del Organismo de Investigación del Poder Judicial, en el año 2016. *Medicina legal Costa Rica* 2017;34
- (4) Carbayo García JJ, Rodríguez Losañez J, Félix Sastre J. Lumbalgia. *Revista Clínica Médica Familiar*, 2012;5.
- (5) Borenstein D. Low Back Pain. In *Pain Management*, Steven D.Waldman MD. Chapter 82, 749-778, Volume 2. Ed. Saunders, Elsevier. Philadelphia. 2007
- (6) Castromán P, Surbano M, Cristiani F, Ayala S, Shwartzmann Ana. Guía Práctica para el Tratamiento Intervencionista del Síndrome Radicular Lumbosacro (SRL). *Revista El Dolor* 65. 2016, p: 30-36. Díaz-Cerrillo JL, Rondón-Ramos A. Diseño de un instrumento educativo para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en Atención Primaria. *Revista Atención Primaria* 2015;47, p. 117-123
- (7) Díaz-Cerrillo JL, Rondón-Ramos A. Diseño de un instrumento educativo para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en Atención Primaria. *Revista Atención Primaria* 2015;47, p. 117-123
- (8) Monsalve V, Cerdá-Olmedo G, De Andrés JA. Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios frente a pacientes ambulatorios con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 2000;7:6-11
- (9) Brennan C, Worrall-Davies A, McMillan D, Gilbody S, House A. The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research* 2010;69:371-378
- (10) Plata-Muñoz ME, Castillo Olivares ME, Guevara-López F. Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2004;27 (1): 16-23
- (11) Sakamoto Silva Garbi M de O, Hortense P, Falconi Gómez RR, Raminelli da Silva T, Ferreira Castanho AC, Emm Faleiros Sousa FA. Intensidad del dolor, incapacidad y depresión en individuos con dolor lumbar crónico. *Rev. Latin-Am. Enfermagem* 2014;22(4):569-75
- (12) Surbano M, Antúnez M, Coutinho I, Machado V, Castromán P. Uso del Brief Pain Inventory (BPI) para la Evaluación de las Técnicas Intervencionistas en el Tratamiento de la Lumbalgia. *Revista El Dolor* 62. 2014, p. 10-14.
- (13) Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *An Acad Med* 1994;23: 129-38. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An update literature review. *Journal of Psychometric Research* 2002;52: 69-77
- (14) Morales-Vigil T, Alfaro-Ramírez del Castillo OI, Sánchez-Román U, Guevara-López F, Vázquez-Pineda F. Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46 (5):479-484
- (15) Cavalcante Castro MM, Quarantini L, Batista-Neves S, Campos Kraychete D, Daltro C, Miranda-Scippa AM. Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressao em pacientes com Dor Crônica. *Rev Bras Anesthesiol* 2006;56(5):470-477
- (16) Castromán P, Surbano M, Cristiani F, Ayala S, Shwartzmann Ana. Guía Práctica para el Tratamiento Intervencionista del Síndrome Radicular Lumbosacro (SRL). *Revista El Dolor* 65. 2016, p: 30-36.
- (17) Castromán P, Surbano M, Alberti M, Shwartzmann A, Ayala S, Cristiani F. Inyección epidural de corticoides en el tratamiento del Síndrome Radicular Lumbosacro (SRL). *Anestesia Analgesia Reanimación*, 2015: 28.
- (18) Sagheer MA, Farhan Khan M, Shariff S. Association between chronic low back pain and depression in patients at a tertiary care center. *J Pak Med Assoc* 2013;63: 688
- (19) Hermann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-a review of validation data and clinical results. *J Psychom Res* 1997; 42:17-41
- (20) Fishbain DA, Goldberg M, Steeler P, Rosomoff H. Compensation and noncompensation vchronic pain patients compared for DSM-III operational diagnosis. *Pain* 1988;32:197-2016
- (21) Katon W, Egan K, Millar D. Chronic pain: lifetime psychiatric diagnosis and family history. *Am J Psychiatry* 1985;142:1156-1160
- (22) Magni G, Candieron C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population: an analysis of the First National and Nutrition Examination Survey Data. *Pain* 1983; 16:201-206
- (23) Santos Oliveira D, Ferreira Mendonça NV, Monterio Sampaio RS, Pereira Dias de Castro-Lopes JM, Ribeiro de Azevedo LF. The impact of anxiety and depression on the outcomes of chronic low back pain multidisciplinary pain management-a multicenter prospective cohort study in pain clinics with one-year follow-up. *Pain Medicine* 2018;0(0), 1-11
- (24) Samwel H, Salppendel R, Crul BJP, Voerman VF. Psychological predictors of the effectiveness of radiofrequency lesioning of the cervical spinal dorsal ganglion (RF-DRG). *European Journal of Pain* 2000; 4:149-155.
- (25) Sivaganesan A, Chotai S, Parker SL, Asher AL, McGirt MJ, Devin CJ. Predictors of the efficacy of epidural steroid injections for structural lumbar degenerative pathology. *The Spine Journal* 2015; DEC; 39(6):E8
- (26) Wasan AD, Jamison RN, Pham L, Tipirneni N, Nedeljovic SS, Katz JN. Psychopathology predicts medial branch blocks with corticosteroid for chronic axial low back or cervical pain: a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2009;10:22
- (27) Skljarevski V, Zhang S, Desai D, Alaka KJ, Palacios S, Miazgowski T, Patrick K. Duloxetine versus placebo in patients with chronic low back pain: a 22-week, fixed-dose, randomized, double-blind trial. *The Journal of Pain* 2010;11(12):1282-1290
- (28) Schukro RP, Oehmke MJ, Geroldinger A, Heinze G, Kress HG, Pramhas S. Efficacy of duloxetine in chronic low back pain with a neuropathic component. A randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trial. *Anesthesiology* 2016;124:150-8.