

Rev Soc Esp Dolor
2012; 19(4): 181-188

Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico

J. R. González-Escalada¹, A. Camba², C. Muriel³, M. Rodríguez⁴, D. Contreras⁵, C. de Barutell⁶

¹Unidad del Dolor. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Anestesiología y Unidad del Dolor. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol (La Coruña). ³Servicio de Anestesiología y Unidad del Dolor. Hospital Clínico de Salamanca. Universidad de Salamanca. ⁴Unidad del Dolor. Hospital Carlos Haya. Málaga. ⁵Unidad del Dolor. Hospital de Jaén. ⁶Institut Columna Vertebral. Clínica del Dolor. Barcelona

González-Escalada JR, Camba A, Muriel C, Rodríguez M, Contreras D, De Barutell C. Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2012; 19(4): 181-188.

ABSTRACT

Background and objectives: the Lattinen Index (LI) is a widely used tool for pain assessment in Spanish speaking countries, both in clinical practice and research. Nevertheless, despite its extensive use, no validation of the Spanish language version of the questionnaire has been published yet. This study intends to validate LI as a tool for measuring chronic pain.

Materials and methods: a multicentre, cross-sectional, non-interventional study, including 283 chronic pain patients (> 3 months duration), from 6 different centres, was performed. Validity and reliability analysis were performed in order to validate the IL. On a first visit patients completed the IL questionnaire and other conventional pain scales (Visual Analogic Scale [VAS], McGill Pain Questionnaire and three Likert scales evaluating Analgesic Consumption, Functional Ability, and Hours of Sleep), which acted as

gold standards validity measurements. A sub-set of 83 patients, with stable clinical characteristics, was asked to re-take the initial tests after 15 days, to measure test-retest reliability.

Results: a statistically significant positive correlation was found between the total IL score and the degree of pain measured by VAS. The measurements from the individual items in the questionnaire: Pain intensity, Pain frequency, Analgesic consumption, Functional Ability and Hours of Sleep correlated from moderately to strongly, with the respective gold standards measurements. Internal consistency and test-retest assays showed coefficient values of: $\alpha > 0.7$ and intraclass correlation > 0.85 , respectively.

Conclusions: IL validity was established both for the overall score as for the individual dimensions, proving a correlation with standard measurements. Reliability of IL was demonstrated with the results from internal consistency and test-retest analysis, which indicated a high homogeneity between items.

Key words: Pain. Pain measurement. Pain scale. Lattinen index.

RESUMEN

Fundamentos y objetivo: el índice de Lattinen (IL) es una herramienta muy utilizada para la evaluación del dolor en el mundo hispanoparlante, tanto en la práctica clínica como en trabajos de investigación. Sin embargo, hasta la fecha, no existía en la literatura ninguna validación del cuestionario. El presente estudio pretende abordar la validación del IL al castellano como instrumento de evaluación del dolor crónico.

Financiación: El estudio fue financiado por Janssen España.
Conflicto de intereses: No declarados

Recibido: 30-11-11.
Aceptado: 03-02-12.

Materiales y métodos: se realizó un estudio multicéntrico, transversal, no intervencionista, incluyendo datos de 283 pacientes con dolor crónico (> 3 meses de duración) en el cual se analizó la validez y fiabilidad del Índice de Lattinen para su validación. En una primera visita, los pacientes cumplimentaron el cuestionario del IL junto con otras escalas habituales de valoración del dolor (Escala Visual Analógica [EVA], Cuestionario de Dolor McGill y tres escalas de Likert para el Consumo de Analgésicos, Grado de Incapacidad y Horas de Sueño), seleccionadas como medidas de referencia o gold standard para el análisis de validez. Un subgrupo de 83 pacientes con características clínicas estables fue citado para retomar las pruebas iniciales en un análisis de Test-Retest para comprobar la estabilidad temporal de las respuestas iniciales.

Resultados: se estableció una relación positiva estadísticamente significativa entre la puntuación total obtenida con el IL y el grado de intensidad del dolor, medido a través de la escala EVA. Los distintos ítems del cuestionario, por separado: Intensidad del dolor, Frecuencia del dolor, Consumo de analgésicos, Grado de incapacidad y Horas de sueño; mostraron una correlación entre moderada y alta con las medidas gold standard de referencia equivalentes. Los análisis de consistencia interna y temporal mostraron coeficientes alfa > 0,7 y coeficiente de correlación intraclase > 0,85, respectivamente.

Conclusiones: la validez del IL quedó probada tanto para la puntuación global como para las puntuaciones por dimensiones, al correlacionarse estas con las medidas estándar respectivas. Asimismo, se confirmó la fiabilidad del IL a través de los resultados del análisis de consistencia interna y de consistencia temporal, indicativos de una alta homogeneidad de los ítems.

Palabras clave: Dolor. Evaluación del dolor. Escala de dolor. Índice de Lattinen.

INTRODUCCIÓN

La evaluación del paciente con dolor crónico es esencial para establecer su diagnóstico y abordar el tratamiento con la mayor probabilidad de eficacia. El dolor es una experiencia compleja y subjetiva que solo puede ser cuantificada de forma indirecta, por lo que los progresos logrados en su medida y evaluación han sido muy complejos y tediosos.

Durante los primeros años de la década de 1990, muchos especialistas en el tratamiento del dolor de habla hispana incorporaron en sus protocolos de evaluación del paciente con dolor crónico un cuestionario multidimensional, simple, de fácil uso y de proceden-

cia desconocida, denominado índice de Lattinen (IL) (1).

El IL, en su formato actual, contiene cinco subescalas tipo Likert que puntúan de 0 a 4 los siguientes ítems:

1. *Intensidad del dolor.*
2. *Frecuencia del dolor.*
3. *Consumo de analgésicos.*
4. *Grado de incapacidad.*
5. *Horas de sueño.*

La puntuación de los ítems oscila entre la menor importancia y la mayor gravedad o distorsión, obteniéndose una puntuación para cada dimensión y una puntuación total, configurada por la suma de las puntuaciones de cada una de las dimensiones.

Como consecuencia de su uso rutinario en las unidades del dolor de muchos países hispanoparlantes, en la actualidad se contabilizan más de 120 trabajos científicos publicados en los que se han utilizado variaciones de las dimensiones del IL para evaluar las características del dolor crónico (2-22). No obstante y a pesar de que las referencias que justifican el uso del IL han sido aceptadas por los revisores de prestigiosas revistas científicas internacionales como *Pain* (19), *Spinal Cord* (20), *The Journal of Urology* (21) o *The Clinical Journal of Pain* (22), hasta la fecha esta herramienta no había sido validada formalmente midiendo estas dimensiones (23). El presente trabajo pretende validar al castellano el IL en su formato de aplicación actual, no siendo el único realizado, pero sí el primero que confirma la fiabilidad y validez de constructo del índice, advirtiendo que la validación del IL afianzaría científicamente su uso, tanto en la práctica clínica diaria como en trabajos de investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no intervencionista, multicéntrico, de corte transversal, con el objetivo de validar al castellano el índice de Lattinen como herramienta de evaluación del dolor crónico. La validación se llevó a cabo a través de un análisis de validez (frente a variables de referencia, clínicas y sociodemográficas obtenidas a partir de la muestra); y un análisis de fiabilidad, basado en su consistencia interna y estabilidad temporal.

Selección de la muestra

La muestra del estudio fue seleccionada en 6 unidades de dolor pertenecientes a distintos hospitales

españoles (Ramón y Cajal, Madrid; Vall d'Hebron, Barcelona; Arquitecto Marcide, Ferrol; Complejo Hospitalario, Jaén; Carlos Haya, Málaga; Hospital Clinic, Barcelona). Se definieron dos grupos de estudio: el grupo A, constituido por 283 pacientes, recibió una única visita a partir de la que se seleccionaron los 83 pacientes incluidos en el grupo B. Este segundo grupo, con características clínicas previsiblemente estables, fue citado 15 días después para una segunda visita. Los criterios de selección de pacientes para la inclusión en el grupo A fueron: edad \geq 18 años, padecer dolor crónico durante más de 3 meses, una adecuada comprensión del idioma español y la firma del consentimiento informado. El único criterio de exclusión para este grupo fue la evidencia de deterioro cognitivo. Los criterios de selección para los pacientes a incluir en el grupo B, para realizar el Retest, fueron idénticos a los del grupo A, pero además los pacientes debían presentar estabilidad clínica, según criterio del investigador, y manifiesta, por la inexistencia de factores que pudiesen conducir a un cambio en su evolución clínica en un periodo de 15 días.

En la visita de inicio, el investigador obtuvo el consentimiento informado voluntario por escrito de cada paciente. En esta visita se recogieron los datos sociodemográficos y de patología del paciente. Las variables sociodemográficas registradas fueron: edad, sexo, nivel de estudios y situación laboral. Respecto a los datos clínicos relativos al dolor, se registraron: duración, frecuencia, localización, etiología, tipo de tratamiento analgésico, tratamiento coadyuvante y control del dolor en el momento actual. En esta misma visita se cumplimentó el IL junto con las otras escalas seleccionadas como referencia o gold standard para evaluación del dolor. Las escalas gold standard utilizadas fueron las siguientes:

—Escala Visual Analógica (EVA) (24) como medida de la *intensidad del dolor*.

—El Cuestionario de Dolor McGill (25) fue el instrumento garante para la *frecuencia del dolor*.

—Por último, para garantizar la evaluación de las dimensiones *consumo de analgésicos*, *grado de incapacidad* y *horas de sueño*, se utilizaron tres escalas Likert (26) de cinco puntos, que variaban desde una máxima favorabilidad (muy de acuerdo) a una máxima desfavorabilidad (muy en desacuerdo), puntuando de 1 a 5 y adjudicándose el mayor valor al ítem más favorable.

Se realizó una segunda visita a los pacientes incluidos en el grupo B, transcurridos 15 días desde la visita inicial, fecha en la que volvieron a cumplimentar el IL para el estudio de fiabilidad Test-Retest.

Análisis de datos

Para validar las puntuaciones obtenidas con el IL se evaluaron sus propiedades psicométricas: fiabilidad y validez.

—La fiabilidad se valoró a través del análisis de consistencia interna y estabilidad (consistencia) temporal:

- Consistencia interna: se evaluó mediante el análisis de la correlación entre los diferentes ítems de la escala. Una buena consistencia determina que se puedan acumular y dar una puntuación global. El método estadístico aplicado para comprobar la consistencia fue el coeficiente alfa de Cronbach, considerando una buena consistencia interna valores de alfa superiores a 0,7.

- Estabilidad temporal: se evaluó la concordancia entre los resultados del test inicial y los obtenidos por el mismo evaluador en la reevaluación de la misma muestra (fiabilidad Test-Retest). Para ello, los pacientes del Grupo B volvieron a cumplimentar el IL pasados 15 días desde la primera administración del mismo. Su estado de salud no debía variar en esos 15 días. Se comprobó la concordancia entre ambas mediciones calculando el coeficiente de correlación intraclass; una correlación del 70% indica que el resultado de la medida tiene estabilidad temporal.

Las hipótesis de partida para el análisis de fiabilidad del IL fueron:

- Las preguntas del IL debían correlacionarse entre sí de manera alta.

- Las puntuaciones del IL debían ser estables en el tiempo.

—La validez se analizó para las diferentes dimensiones del índice mediante la comparación de los resultados obtenidos con otros métodos existentes, validados y considerados como “gold standard” o de referencia. También se evaluó la relación con otras variables clínicas descriptivas del dolor crónico. Este análisis se llevó a cabo mediante el cálculo de coeficientes de Spearman y Pearson entre las distintas medidas.

Las hipótesis a partir de las que se analizó la validez del IL fueron las siguientes:

- Los pacientes con mayor intensidad de dolor debían tener mayor puntuación del IL que los pacientes con menor intensidad de dolor.

- La puntuación de cada dimensión del IL debía correlacionarse de manera moderada y alta con las puntuaciones de referencia obtenidas a partir de los métodos gold standard.

Las variables cuantitativas se describieron mediante el número de observaciones, media, desviación típica, mínimo, máximo, mediana, rango inter-

cuartílico e intervalo de confianza del 95% para el valor medio.

Las variables cualitativas se describieron por medio de frecuencias absolutas y porcentajes (para este tipo de variables, los datos missing aparecen como una categoría más, con su frecuencia absoluta y su porcentaje).

Una vez recibidos los cuadernos de recogida de datos, se realizó una doble introducción de la información en una base de datos. Antes de la realización del análisis estadístico, se depuró la base de datos y se validaron los datos de la misma como proceso de control. Dicho análisis se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SAS® 8.2.

La empresa Cro Chiltern S. L. fue la encargada de crear la base de datos, realizar la introducción de los mismos, validarlos y elaborar el informe estadístico.

Este estudio se llevó a cabo observando estrictamente las pautas éticas para investigación en seres humanos, de acuerdo a lo estipulado en la declaración de Helsinki.

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

RESULTADOS

Se evaluaron 283 pacientes (283 en el grupo A y 83 reevaluados en el grupo B) con una edad media de 58 años, de los cuales el 66% eran mujeres y el 34% hombres.

El tiempo medio que los pacientes llevaban padeciendo dolor fue de 8 años (± 8,28).

La localización más frecuente del dolor fue la columna (59%), seguida de rodilla, tobillo y pie (29%).

Respecto a la etiología del dolor, la más predominante fue la de origen mixto (36%), seguida de dolor osteoarticular (28%) y neuropático (21%). El tratamiento recibido en el momento del estudio fue tanto del primer escalón de la OMS (31%), como del segundo (37%) y tercero (29%).

El valor medio de la puntuación total del Índice de Lattinen (Fig. 1) obtenido en el estudio fue de 11,73 (mínimo 3, máximo 19). En el análisis de validez se obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman de 0,66738, estadísticamente significativo (p < 0,0001) para la relación entre la puntuación total del IL obtenida por el paciente y el grado de intensidad del dolor según la Escala Visual Analógica (EVA). El grafico de dispersión (Fig. 2) representando la puntuación del IL frente al grado de intensidad del dolor medida por la EVA, muestra la correlación entre las dos medidas.

FECHA / /		
Intensidad del dolor	Nulo	0
	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	No	0
	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	No toma analgésicos	0
	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	No	0
	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Como siempre	0
	Algo peor de lo habitual	1
	Se despierta frecuentemente	2
	Menos de 4 horas	3
	Precisa hipnóticos	+1
TOTAL:		

Fig. 1. Cuestionario del índice de Latineen.

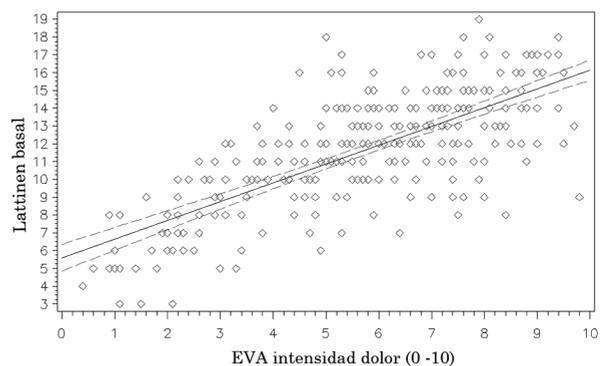


Fig. 2. Relación entre la puntuación del índice de Lattinen y el grado de intensidad del dolor.

Se analizó la puntuación del IL en los distintos intervalos de intensidad del dolor, detectándose diferencias estadísticamente significativas (p < 0,0001) en la puntuación del cuestionario según las distintas categorías de intensidad de dolor. En los pacientes con inten-

sidad del dolor EVA < 2,5, la media de la puntuación del IL fue de 6, en los pacientes cuya EVA oscilaba entre 2,5-5 el IL fue de 10, en los pacientes que partían de una EVA de 5-7,5, la mediana del IL fue de 13, mientras que en los pacientes con EVA de 7,5-10 la media de la puntuación del cuestionario fue de 14.

Se analizó la relación entre la puntuación de las dimensiones del Índice de Lattinen, y las puntuaciones de los métodos gold standard de referencia, obteniéndose los resultados que se describen a continuación.

El coeficiente de correlación de Pearson (0,69815) entre la puntuación de la dimensión “intensidad del dolor” del Índice de Lattinen obtenida por el paciente y la puntuación obtenida en la EVA de intensidad del dolor, fue positivo y estadísticamente significativo ($p < 0,0001$).

Las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario McGill para “frecuencia del dolor” y las escalas de Likert “consumo de analgésicos”, “incapacidad” y “horas de sueño” se muestran en la tabla I. Se agruparon categorías semejantes del Índice de Lattinen por falta de respuestas en alguna de ellas.

Se demostraron relaciones estadísticamente significativas entre: la dimensión “frecuencia de dolor” según el IL y el cuestionario McGill ($p = 0,0142$); la

puntuación de la escala Likert “consumo de analgésicos”, en función de las categorías agrupadas de la dimensión “consumo de analgésicos” del IL ($p = 0,0018$); la puntuación de la escala Likert “incapacidad”, en función de las categorías agrupadas de la dimensión “incapacidad” del Índice de Lattinen ($p < 0,0001$); puntuación de la escala Likert “horas de sueño” y las diferentes categorías correspondientes a esta dimensión en el IL ($p < 0,0001$).

Como parte del análisis de validez se evaluó si existía alguna relación entre los valores del IL y las variables sociodemográficas del paciente. No se observó ninguna relación estadísticamente significativa entre el IL y la edad del paciente, ni se detectó que hubiera diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación del IL y el sexo del paciente (media del IL en varones: 11,39 y en mujeres 11,9). Tampoco se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación del IL y la de distintos grupos de pacientes según el nivel de estudios. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0013$) entre el IL y la situación laboral, observándose una mayor puntuación media en los pacientes con baja laboral definitiva (13,23).

TABLA I. RELACIÓN ENTRE LAS CATEGORÍAS DE LAS DIMENSIONES DEL ÍNDICE DE LATTINEN Y LAS PUNTUACIONES DE LOS MÉTODOS DE REFERENCIA GOLD STANDARD

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Des. est.</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>IC media 95%</i>	
						<i>Inf.</i>	<i>Sup.</i>
<i>Frecuencia del dolor (McGill parte III)</i>							
Nunca/raramente	90	4,81	1,94	1,00	9,00	4,40	5,22
Muy frecuente	80	4,06	1,87	1,00	8,00	3,65	4,48
Continuo	111	3,96	2,44	1,00	9,00	3,50	4,42
<i>Consumo de anagésicos (Likert)</i>							
No toma analgésicos/ocasionalmente	43	8,70	1,39	4,00	11,00	8,27	9,13
Regular y pocos	138	8,30	1,65	3,00	12,00	8,03	8,58
Regular y muchos/muchísimos	101	8,01	1,74	3,00	15,00	7,67	8,35
<i>Incapacidad (Likert)</i>							
Incapacidad/ligera	69	8,83	3,67	4,00	18,00	7,94	9,71
Moderada	120	12,23	3,33	4,00	20,00	11,62	12,83
Ayuda necesaria/total	94	15,50	3,53	4,00	20,00	14,78	16,22
<i>Horas de sueño (Likert)</i>							
Como siempre	54	10,67	4,47	5,00	22,00	9,45	11,89
Algo peor de lo habitual	74	15,86	4,12	5,00	24,00	14,91	16,82
Se despierta más de lo habitual	72	18,63	3,97	8,00	25,00	17,69	19,56
Menos de 4 horas	76	20,78	3,97	7,00	25,00	19,87	21,68

N: número de observaciones, Desv. Est.: desviación estándar, Min.: mínimo, Máx.: máximo, IC Media 95%: intervalo de confianza del 95% para el valor medio.

Respecto a la relación entre los valores del IL y las variables clínicas registradas, se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0088$) en la puntuación del IL según el tratamiento analgésico actual recibido por los pacientes, observándose un aumento de la puntuación media a medida que aumentaba el escalón de tratamiento. Las puntuaciones del IL, según la localización del dolor, mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0100$) cuando el dolor se localizaba en el hombro. Tomando como referencia la etiología del dolor, solo en pacientes con fibromialgia las puntuaciones del IL tuvieron un valor medio significativamente mayor ($p = 0,0465$). La relación entre la puntuación del IL y las variables clínicas “tiempo padeciendo el dolor” ($p = 0,0142$) y “tiempo siendo tratado por el dolor” ($p = 0,0203$) fueron positivas y bajas (coeficientes de Spearman 0,14857 y 0,13789, respectivamente). No hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto a la puntuación del IL según si los pacientes recibían o no tratamiento coadyuvante; mientras que sí las hubo entre la puntuación del IL y el hecho de que los pacientes tuvieran o no controlado su dolor ($p < 0,0001$), observándose una mayor puntuación del IL en los pacientes con dolor no controlado ($EVA \geq 4$).

En el análisis de consistencia de fiabilidad se calculó el coeficiente alfa de Cronbach como medida de correlación entre ítems de cada dimensión. Tanto para la puntuación global como para la puntuación en cada dimensión, se observó un coeficiente alfa mayor que 0,7 (Tabla II).

TABLA II. CONSISTENCIA INTERNA DEL ÍNDICE LATTINEN

<i>Índice Lattinen</i>	<i>Alfa de Cronbach (n)</i>
Puntuación global	0,88 (n = 83)
Intensidad del dolor	0,71 (n = 83)
Frecuencia del dolor	0,80 (n = 83)
Consumo de analgésicos	0,88 (n = 83)
Grado de incapacidad	0,80 (n = 83)
Horas de sueño	0,87 (n = 83)

N: número de observaciones.

Para el análisis de fiabilidad Test-Retest se reclutaron 115 pacientes (Grupo B). De ellos, se eliminaron 32 pacientes por diversos motivos: incumplimiento de los criterios de selección en la visita de Retest, tiempo entre visitas > 15 días o cuestionario del IL inválido. Por tanto, el número de pacientes, con características clínicas estables, evaluables para el Retest fue de 83. Tanto para la puntuación global como para la puntuación

en cada dimensión obtenidas en la visita de Retest (excepto en la dimensión “Grado de Incapacidad”), se obtuvo un coeficiente de correlación intraclassa $> 0,8$ con respecto a las puntuaciones basales (Tabla III).

TABLA III. FIABILIDAD TEST-RETEST DEL ÍNDICE DE LATTINEN

<i>Índice Lattinen</i>	<i>CCI (n)</i>
Puntuación global	0,95 (n = 166)
Intensidad del dolor	0,85 (n = 166)
Frecuencia del dolor	0,91 (n = 166)
Consumo de analgésicos	0,94 (n = 166)
Grado de incapacidad	0,58 (n = 166)
Horas de sueño	0,94 (n = 164)

CCI: coeficiente de correlación intraclassa. N: número de cuestionarios.

DISCUSIÓN

Este estudio demuestra que el uso del IL como herramienta de evaluación de los pacientes con dolor crónico puede ser considerado un instrumento válido y fiable.

La puntuación media global del IL obtenida a partir de 283 pacientes mostró una fuerte correlación positiva con el grado de intensidad de dolor determinado por la escala EVA, aumentando la puntuación del IL con el incremento de la intensidad del dolor.

La validez de las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones: intensidad del dolor, frecuencia, consumo de analgésicos, grado de incapacidad y horas de sueño, que componen el IL, fue igualmente demostrada a través de la comparación de estas con las medidas de referencia para estos parámetros.

Se encontró una relación positiva y alta entre la puntuación de la dimensión “intensidad del dolor” del IL y la puntuación de la EVA, es decir, a medida que aumentaba la intensidad del dolor según la EVA, más aumentaba igualmente la puntuación de la dimensión “intensidad de dolor” del IL.

La puntuación para la dimensión “frecuencia del dolor” mostró una correlación moderada e inversa con los resultados obtenidos con el cuestionario McGill sobre los cambios que experimenta el dolor. Es decir, a medida que aumentaba la frecuencia del dolor, obteniéndose puntuaciones más altas según el IL, el dolor se hacía más constante según el Cuestionario McGill (parte III). Se demostró que este mismo tipo de relación existía entre las categorías agrupadas de la dimensión “consumo de analgésicos” del IL y la puntuación

de la escala Likert para esta misma dimensión. Es decir, a medida que el paciente necesitaba más analgésicos y concedía puntuaciones más altas en el IL, el individuo estaba más en desacuerdo con las afirmaciones de que no necesitaba analgésicos para su bienestar, obteniéndose puntuaciones más bajas en la escala Likert de consumo de analgésicos. Es muy importante tener en cuenta que, en función del tratamiento recibido por el paciente, la intensidad de dolor varía considerablemente, presentando el paciente menor dolor a medida que se ascienden escalones de tratamiento de la escala analgésica de la OMS. La relación que se observó entre la puntuación de la escala Likert de incapacidad con las categorías agrupadas de la dimensión incapacidad del IL fue directa, de forma que a medida que el individuo necesitaba más ayuda y obtenía puntuaciones más altas en el IL, estaba más de acuerdo en que solo podía hacer determinadas actividades y necesitaba más ayuda, según la escala Likert de incapacidad. La relación existente entre la escala Likert "horas de sueño" y las puntuaciones para esta dimensión del IL fue también directa: a medida que el individuo dormía menos horas, puntuaciones más altas en el IL, estaba más de acuerdo con que dormía peor y por tanto necesitaba ayuda, puntuaciones más altas según la escala Likert de horas de sueño.

Los resultados de validez en las comparaciones con variables sociodemográficas demostraron que no se obtenían puntuaciones diferenciales del IL según las variables de edad y sexo, como cabría esperar, y al mismo tiempo difiriendo de trabajos realizados previamente en los que por ejemplo, en base al parámetro función física de la escala de calidad de vida la edad era un factor a considerar; y el sexo de forma similar en cuanto a estrategias de afrontamiento (CAD-R). Donde sí se observaron diferencias es en la puntuación según la situación laboral (mayor puntuación media en los pacientes con baja laboral definitiva) eran un reflejo del grado de incapacidad laboral atribuible al dolor evaluado. Aunque las relaciones entre las variables clínicas "tiempo padeciendo dolor", "tiempo tratando el dolor" y la puntuación del IL, fueron débiles, la tendencia observada era que, a mayor tiempo padeciendo el dolor y a mayor tiempo tratando el dolor, mayor era el dolor evaluado o la puntuación global del IL.

El análisis de consistencia interna estimó la fiabilidad del cuestionario a partir de una única administración, observando la correlación entre los ítems de una misma dimensión. Este análisis mostró una alta homogeneidad entre los ítems, es decir la existencia de una buena consistencia y concordancia en las respuestas.

En el análisis de fiabilidad la estabilidad temporal de dos mediciones secuenciales, tomadas en una po-

blación de pacientes estables, mostró una alta homogeneidad entre las puntuaciones basales y las puntuaciones medidas al cabo de 15 días.

Por tanto, podemos concluir que todas las hipótesis de partida para la validación del IL se cumplen, quedando demostrada: la correlación entre la puntuación global y la intensidad del dolor, la correlación con las medidas de referencia *gold standard* de las distintas dimensiones, la consistencia entre los ítems y la estabilidad temporal de las puntuaciones del IL.

En resumen, este estudio confirma la validación del Índice de Lattinen al castellano como herramienta para medir el grado de afectación del paciente con dolor crónico.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen su colaboración a Carmen Martínez y Elena Zubillaga de Janssen, empresa promotora del estudio, así como a Susana Coruña y Ana López de la CRO Chiltern Internacional.

CORRESPONDENCIA:

José Ramón González-Escalada
Unidad del Dolor. Hospital Ramón y Cajal
Ctra. Colmenar Viejo, km 9,9
28034 Madrid
e-mail: Jr.escalada@telefonica.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Monsalve V, Soriano J, De Andrés J. Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida. *Rev Soc Esp Dolor* 2006;13:216-29
2. Casals M, Samper D. Efectividad, tolerabilidad y calidad de vida en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, con tramadol de liberación controlada en dosis única diaria. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:129-40.
3. Fenollosa-Vázquez P, Canós-Verdecho MA, Núñez-Cornejo C, Pallarés-Delgado J. Effectiveness and safety of oxcarbazepine in chronic neuropathic pain: a study of 40 cases. *Rev Neurol* 2005;40:711-5.
4. Corujeira Rivera MC, Carregal Rañó A, Diz Gómez JC, Mayo Moldes M, Prieto Requeijo P, Areán González I. Evaluación de 2 técnicas invasivas para el tratamiento del dolor miofascial. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 2010;57:86-90.
5. Acin MP, Escartin R. Gabapentina en el tratamiento de

- la Fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:211-6.
6. Cartagena J, Vicente JP, Borrás E, Castillo JA, Motos G. Gabapentina en dolor raquídeo crónico. Valoración de su eficacia analgésica. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:217-23.
 7. Mayo Moldes M, Carregal Rañó A, Fernández Rodríguez T. Ketamina en el dolor del miembro fantasma. *Rev Soc Esp Dolor* 2009;16:437-40.
 8. Rodríguez-López M, Moreno A, Chavida F, Carrasco JL, Tarré M. Tratamiento del dolor agudo de intensidad leve a moderado con lisinato de ibuprofeno: estudio observacional. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:59-67.
 9. Castro M, Cánovas L, Martínez J, Pastor A, Segado I, Rocha F, Izquierdo C. Discólisis percutánea con ozono: nuestra experiencia. *Rev Soc Esp Dolor* 2009;16:405-9.
 10. Abejón D, Delgado C, Nieto C, Fuentes ML, García del Valle S, Gómez-Arnau J, Reig E. Tratamiento de la radiculopatía lumbar con radiofrecuencia pulsada. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:345-52.
 11. García Bravo AM, Méndez Suárez JL, Bárbara Bataller E, Cruz Chámber C et al. Eficacia de la gabapentina en el tratamiento del dolor neuropático secundario a la lesión medular. *Patología del Aparato Locomotor* 2006;4:193-201.
 12. Cózar Olmo JM, Carballido Rodríguez J, Luque Galvez P, Tabernero Gómez AG, et al. Efectividad y tolerabilidad del ácido zoledrónico en el tratamiento del cáncer de próstata metastático. *Actas Urol Esp* 2008;32:492-501.
 13. Freire Vila E, de la Iglesia López A, del Corral Lorenzo C, Canedo Carballeira ME. Dolor pélvico en la embarazada. Disfunción de la sínfisis púbica. Revisión de la literatura. *Rev Soc Esp Dolor* 2010;17:321-5.
 14. Méndez Suárez JL, García-Bravo AM, Sánchez Enríquez J, Alemán C, Miranda Calderín G, Estévez Medina F, Bataller B, Hernández González YZ. Fentanilo transdérmico en el tratamiento para el dolor neuropático del lesionado medular. *Rehabilitación* 2006;40:6-13.
 15. Valía-Vera JC, Villanueva VL, Asensio-Samper JM, López-Alarcón MD, de Andrés JA. Ziconotide: una alternativa innovadora en el dolor crónico neuropático intenso. *Rev Neurol* 2007;45:665-9.
 16. De Andrés J, Aduara VM, Palmisani S, Villanueva V, López-Alarcón MD. A double-blind, controlled, randomized trial to evaluate the efficacy of botulinum toxin for the treatment of lumbar myofascial pain in humans. *Reg Anesth Pain Med* 2010;35:255-60.
 17. Gálvez R, Ribera V, González-Escalada JR, Souto A, et al. Analgesic efficacy of zoledronic acid and its effect on functional status of prostate cancer patients with metastasis. *Patient Prefer Adherence* 2008;2:215-24.
 18. Vas J, Aguilar I, Campos MA, Méndez C, Perea-Milla E, Modesto M, Caro P, Martos F, García-Ruiz AJ. Randomised controlled study in the primary healthcare sector to investigate the effectiveness and safety of auriculotherapy for the treatment of uncomplicated chronic rachialgia: a study protocol. *BMC Complement Altern Med* 2008;8:36.
 19. Guerra de Hoyos JA, Andrés Martín MC, Bassas y Baena de Leon E, Vigára Lopez M, Molina López T, Verdugo Morilla FA, González Moreno MJ. Randomised trial of long term effect of acupuncture for shoulder pain. *Pain* 2004;112:289-98.
 20. Barrera-Chacón JM, Méndez-Suárez JL, Jáuregui-Abrisqueta ML, Palazón R, Bárbara-Bataller E, García-Obrero I. Oxycodone improves pain control and quality of life in anticonvulsant-pretreated spinal cord-injured patients with neuropathic pain. *Spinal Cord* 2011;49(1):36-42. Epub 2010 Sep 7.
 21. Tikiz C, Muezzinoglu T, Pirildar T, Taskn EO, Frat A, Tuzun C. Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *J Urol* 2005;174:620-3.
 22. De Andrés J, Cerda-Olmedo G, Valía JC, Monsalve V, Lopez-Alarcón, Mínguez A. Use of botulinum toxin in the treatment of chronic myofascial pain. *Clin J Pain* 2003;19:269-75.
 23. Vas J, Perea-Milla E, Méndez Martínez C, Martín Gómez MA, Pons Palliser J. Una búsqueda bibliográfica fallida: ¿qué faltó por buscar? El caso del test de Latinen. *Aten Primaria* 2005;36:168-70.
 24. Carlsson AM. Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain* 1983;16:87-101.
 25. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: mayor properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:277-359.
 26. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology* 1932;140:44-53.