

Rev Soc Esp Dolor
2012; 19(2): 49-58

Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico no maligno tratados con opioides potentes

I. Velázquez, M. Muñoz, M. Sánchez, A. Zenner y L. Velázquez

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Unidad del Dolor. Hospital de Alta Resolución de Guadix, Granada

Velázquez I, Muñoz M, Sánchez M, Zenner A, Velázquez L. *Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico no maligno tratados con opioides potentes. Rev Soc Esp Dolor 2012; 19(2): 49-58.*

ABSTRACT

Introduction: accompanying pain, other biologically important functions are present which are not always well recognized and which are usually called "co morbidities". One of them is sleep, although it has also been shown some correlation between the state of mood and nociception, being both states the most studied and considered as relevant in relation to chronic pain, anxiety and depression.

Objective: the main objective is to evaluate the quality of sleep in patients with chronic nonmalignant pain (CNMP) treated with potent opioids. As secondary objectives: To analyze the incidence of anxiety and depression in these patients and to compare the quality of sleep and incidence of anxiety-depression with different variables: type of opioid, gender, sex and type of pain.

Material and methods: we considered the study universe CNMP patients treated with the same strong opioid for at least three months and were seen at the Pain Management Unit between September 2009 and march 2010. Excluded were patients younger than 18 years, those who would not cooperate, diagnosed with fibromyalgia and those who were in psychiatric treatment. As an assessment tool of sleep we used the Oviedo Sleep Questionnaire (COS) and in measuring the degree of anxiety-depression we used the Test Hospital Anxiety and Depression (HAD) on its overall assessment.

Statistical analysis for qualitative variables was performed using the Pearson χ^2 . Quantitative variables were compared with a Student test. Values with a p-value less than 0.05 were accepted as significant (95% confidence interval). We used the statistical package for Windows SPSS.15.

Results: in the assessment of sleep disorders there were significant differences according to the type of opioid consumed, being the group treated with Hydromorphone the one with the best results made in the three subscales tested: COS's subjective assessment, objective subscale of insomnia and those who consumed fewer drugs to sleep. We also found differences in the incidence of anxiety / depression, statistically significant, depending on the type of opioid, again being the group treated with Hydromorphone the one with lower incidence of psychological impact. No significant differences were found in sleep disorders and in the prevalence of anxiety-depression in terms of the other variables: type of pain, or sex.

Conclusions: in our study, patients who consumed Hydromorphone showed better sleep quality, less use of hypnotics and a lower rate of developing an anxiety-depressive picture. It is true, perhaps, that to corroborate these results and avoid elements that distort them, there will in future works be necessary to assess the presence of other variables.

Financiación: Ninguna
Conflicto de intereses: No declarados

Recibido: 17-00-10.
Aceptado: 25-10-10.

© 2012 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

Key words: Sleep disorders. Anxiety-depression. Potent opioids.

RESUMEN

Introducción: acompañando al dolor están presentes otras funciones biológicamente importantes, no siempre bien reconocidas que suelen denominarse “comorbilidades”, una de ellas es el sueño, aunque también se ha demostrado cierta concordancia entre el estado anímico y la nocicepción, siendo los dos estados de ánimo más estudiados y considerados como más relevantes en relación con el dolor crónico, la ansiedad y la depresión.

Objetivo: el objetivo principal es evaluar la calidad del sueño en pacientes con dolor crónico no maligno (DCNM) tratados con opioides potentes. Y como objetivos secundarios: analizar la incidencia de ansiedad y depresión en estos pacientes así como comparar la calidad del sueño e incidencia de ansiedad-depresión con distintas variables: tipo de opioide, género, sexo y tipo de dolor.

Material y métodos: se consideró como universo del estudio a pacientes con DCNM tratados con el mismo opioide potente durante, al menos, tres meses y que acudieron a la consulta de Unidad del Dolor entre septiembre de 2009 y marzo de 2010. Fueron excluidos pacientes menores de 18 años, aquellos que no quisieron colaborar, diagnosticados de fibromialgia y los que estuvieran en tratamiento psiquiátrico. Como instrumento evaluador del sueño se utilizó el Cuestionario Oviedo de Sueño (COS) y para mensurar el grado de ansiedad-depresión empleamos el Test Hospitalario de Ansiedad y Depresión (HAD) en su valoración global.

El análisis estadístico se realizó para las variables cualitativas mediante la χ^2 de Pearson. Las variables cuantitativas se compararon con un test de Student. Los valores con un p-valor menor que 0,05 fueron aceptados como significativos (95% de intervalo de confianza). Se usó el paquete estadístico SPSS.15 para Windows.

Resultados: en la evaluación de los trastornos del sueño se encontraron diferencias significativas según el tipo de opioide consumido, siendo el grupo tratado con hidromorfona el que mejores resultados presentó en las tres subescalas analizadas: valoración subjetiva del COS, subescala objetiva del insomnio y los que menor cantidad de fármacos consumían para dormir. También encontramos diferencia en la incidencia de ansiedad/depresión, significativamente estadística, en función del tipo de opioide, siendo de nuevo el grupo tratado con hidromorfona el que menor incidencia de afectación psíquica presentaba. No encontramos diferencias significativas en los trastornos del sueño y en la prevalencia de ansiedad-depresión en función de las otras variables: tipo de dolor, o sexo.

Conclusiones: en nuestro estudio los pacientes que consumían hidromorfona presentaron mejor calidad del sueño, menor consumo de hipnóticos y un menor índice de

padecer un cuadro ansioso-depresivo. Ciertamente es que, quizá, para corroborar estos resultados y evitar elementos que distorsionen los resultados, habrá, en próximos trabajos, que valorar la presencia de otras variables.

© 2012 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Palabras claves: Trastornos del sueño. Ansiedad-depresión. Opioides potentes.

INTRODUCCIÓN

El dolor no es un fenómeno unitario ni refleja una relación directa, biunívoca, entre la lesión tisular y la actividad sensorial. El dolor en general es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como una experiencia sensorial y emocional displacentera, la cual se encuentra asociada a daño tisular real o potencial o descrito en términos de dicho daño (1,2).

Esta nueva concepción multidimensional del dolor ha hecho que el enfoque terapéutico sea más ambicioso atendiendo, no sólo los factores fisiológicos, sino también los factores psicológicos y sociales de la enfermedad (3,4). Acompañando al dolor, están presentes otras funciones biológicamente importantes, no siempre bien reconocidas que suelen denominarse “comorbilidades”, una de ellas es el sueño (5). El sueño es una entidad con múltiples definiciones, que incluyen diversos conceptos: es un proceso cerebral, reversible y cíclico, es global y posee procesos activos que requieren integración cortical, siendo uno de los indicadores más sensibles de la homeostasis (6,7).

Es un hecho contrastable que existe una íntima relación entre dolor y alteraciones del sueño. De hecho a muchos pacientes afectados de dolor crónico les resulta difícil conciliar el sueño, se despiertan por la noche y a la mañana siguiente tienen la sensación de no haber descansado, lo que denominamos sueño no reparador. Por otra parte, tanto en el dolor como en el sueño se encuentran involucradas estructuras comunes y sitios de modulación e integración talámico, límbico y cortical, ligados a la integración de emociones (8-10).

El insomnio es el trastorno del sueño más comúnmente informado en los países industrializados. La prevalencia de los trastornos del sueño en diferentes poblaciones ha sido estimada entre un 10 y un 30%. El

insomnio se ha observado en el 30% de los pacientes referidos a centros de estudio de trastornos del sueño, mientras que la hipersomnia diurna tiene una prevalencia del 4% (11). Aunque han sido numerosos los estudios epidemiológicos realizados, resulta dificultoso extraer conclusiones concretas y explícitas de los mismos, fundamentalmente debido a las diversas metodologías utilizadas en la recogida de datos y a la dificultad de encontrar una adecuada y generalizada definición de insomnio. Si definimos el insomnio como la queja de una persona sobre la dificultad en conciliar o mantener el sueño prolongado a lo largo de un mes, en general se observa una mayor prevalencia entre los ancianos, mujeres, individuos con bajo nivel de educación, desempleados, divorciados y quienes presentan patologías clínicas o depresión, ansiedad o drogodependencia (12,13).

El insomnio aparece entre un 50-90% de pacientes que padecen dolor crónico. Los trastornos del sueño en estos pacientes se caracterizan por una interrelación circular con el dolor crónico, por la cual el dolor lleva a trastornos del sueño y estos incrementan la percepción del dolor, provocando un importante impacto en la calidad de vida, apareciendo somnolencia diurna, fatigabilidad, irritabilidad, cambios de humor, incremento del riesgo de padecer depresión, aumento del absentismo y una mayor predisposición a los accidentes tanto laborales como de circulación (14-17). No obstante, el dolor y el sueño son variables con imbricación enrevesada y voluble, variando su incidencia dependiendo de la coexistencia de múltiples factores (mayor prevalencia en fibromialgia, entre 70-90%, más frecuente en mujeres, edad) (18,19).

Del mismo modo, también se ha demostrado cierta concordancia entre el estado anímico y la nocicepción, siendo los dos estados de ánimo más estudiados y considerados como más relevantes en relación con el dolor, la ansiedad y la depresión (20,21). En diversos estudios que valoran pacientes con dolor crónico, en forma recurrente se ha encontrado mayor prevalencia de ansiedad/depresión que en la población general, encontrándose en estos pacientes síntomas depresivos desde un 22 hasta el 78% (22,23).

MATERIAL Y MÉTODOS

Objetivos: se ha desarrollado un estudio clínico prospectivo con el objetivo principal de evaluar la calidad del sueño en pacientes con dolor crónico no maligno (DCNM) tratados con opioides potentes. Y como objetivos secundarios:

- Comparar la calidad del sueño de estos pacientes en función del opioide con el que son tratados.

- Comparar la calidad del sueño entre pacientes con DCNM nociceptivo y DCNM neuropático.
- Comparar la calidad del sueño de estos pacientes en función del género.
- Conocer la incidencia de ansiedad y depresión.
- Comparar la incidencia de ansiedad y depresión entre pacientes con DCNM nociceptivo y DCNM neuropático.
- Comparar la incidencia de ansiedad y depresión de estos pacientes en función del opioide con el que son tratados.
- Comparar la incidencia de ansiedad y depresión de estos pacientes en función del género y del tipo de dolor.

Selección de los pacientes

Se consideró como universo del estudio a pacientes con DCNM tratados con el mismo opioide potente durante, al menos, tres meses y que acudieron a la consulta de Unidad del Dolor entre septiembre de 2009 y marzo de 2010.

Fueron excluidos pacientes menores de 18 años, aquellos que no quisieron colaborar, diagnosticados de fibromialgia y los que estuvieran en tratamiento psiquiátrico.

Instrumentos

Evaluación del sueño: se realizó con el Cuestionario Oviedo del Sueño (COS). Este es una breve entrevista semiestructurada de ayuda diagnóstica para los trastornos del sueño del tipo insomnio e hipersomnia. Es un cuestionario breve, sencillo y fácil de aplicar. Es capaz de orientar al clínico sobre diferentes dimensiones del insomnio y su gravedad. Su versión final está constituida por 15 ítems, 13 de los cuales se agrupan en 3 subescalas diagnósticas: satisfacción subjetiva de sueño (1 ítem), insomnio (9 ítems) e hipersomnia (3 ítems). La subescala de insomnio explora, además, varias dimensiones (latencia del sueño, duración, eficiencia, disfunción diurna) y proporciona información sobre la gravedad del mismo. Los dos ítems restantes proporcionan información adicional sobre la posible existencia de trastornos de tipo orgánico y sobre la frecuencia del uso de cualquier tipo de ayuda para dormir. Todos los ítems se responden mediante una escala tipo Likert. La puntuación de la subescala de satisfacción subjetiva del sueño oscila entre 1-7, la de insomnio (9-45) y el ítem que nos proporciona información sobre el uso de ayuda para dormir (1-5). Son estas tres subescalas las que hemos ponderado (24,25) (Tabla I).

medidas dimensionales de calidad de vida. Es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad y otra de depresión. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0-3). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala y de 0-42 para la puntuación global, considerando que existe caso clínico para cada subescala cuando la puntuación es igual o superior a 11. En la valoración global, se considera la existencia de patología en puntuación igual o superior a 20 (26-28).

Principales variables medidas

Se midieron las siguientes variables: sociodemográficas (sexo, edad), clínicas (tipo de dolor, EVA, HAD, COS, opioide administrado, consumo de hipnóticos).

Análisis estadístico

El estudio que se desarrolla es un estudio clínico prospectivo. Los datos se expresan con las medias y sus desviaciones estándar. Las variables cualitativas fueron comparadas mediante la χ^2 de Pearson. Las variables cuantitativas se compararon con un test de Student. Para estudiar como afectaba el tipo de opioide administrado a las diferentes variables se analizaron los datos mediante el análisis de la varianza de una vía (ANOVA). Cuando se encontraron resultados significativos, se valoraron las diferencias entre las medias mediante el test de comparaciones múltiples HSD de Tukey para determinar las diferencias entre los grupos.

Los valores con un p. valor menor que 0,05 fueron aceptados como significativos (95% de intervalo de confianza). Se usó el paquete estadístico SPSS.15 para Windows.

RESULTADOS

Fueron 92 pacientes los que participaron en el estudio, 64 mujeres (69,5%) y 28 hombres (30,4%), la edad media se situó alrededor de los 61 años, con un rango entre 33 y 85 años. El 71,7% presentaba dolor nociceptivo frente al 28,2% con dolor neuropático (Tabla II). Las dosis usadas de opioides fueron homogéneas (Tabla III). Se recogió a su vez el porcentaje de opioides mayores usados (Fig. 1), siendo la oxycodona el más empleado (32,6%) y la buprenorfina el menos administrado (13,4%).

TABLA II. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES

Variables	
Edad	61,14 ± 13,51
Mujeres/hombres	64 (69,6%)/28(30,04%)
Dolor: nociceptivo/neuropático	66 (71,7%)/26(28,3%)
EVA	4,55 ± 1,59
COS satisfacción subjetiva	4,26 ± 1,17
COS insomnio	29,02 ± 6,35
Consumo hipnóticos	2,77 ± 1,05
HAD	16,91 ± 6,96

TABLA III. DOSIS MEDIA DE OPIOIDE

Opioide	Dosis
Oxycodona	27,42 ± 12,79 mg/día
Hidromorfona	19,87 ± 11,02 mg/día
Fentanilo TTS	37,08 ± 21,753 µg/hora
Buprenorfina TTS	37,19 ± 14,663 µg/hora

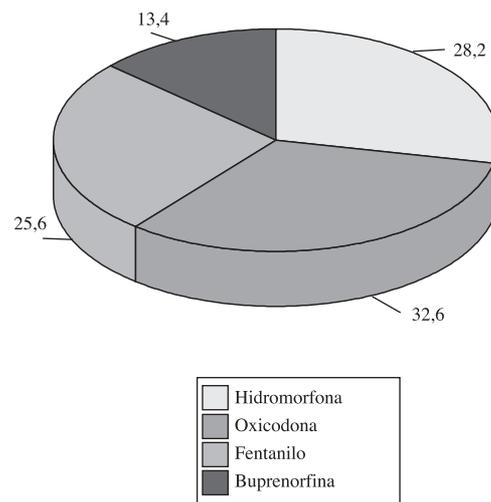
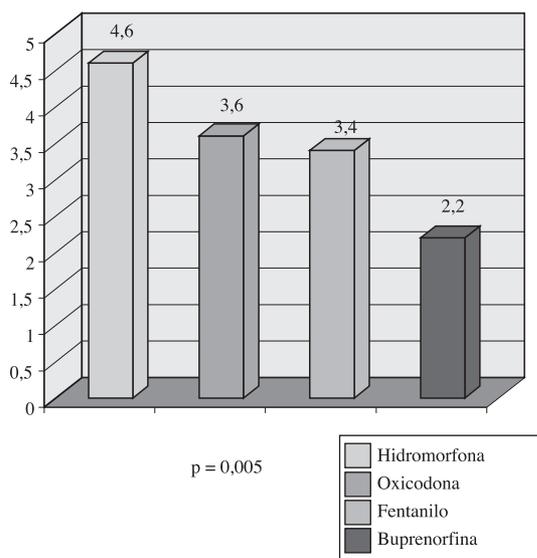
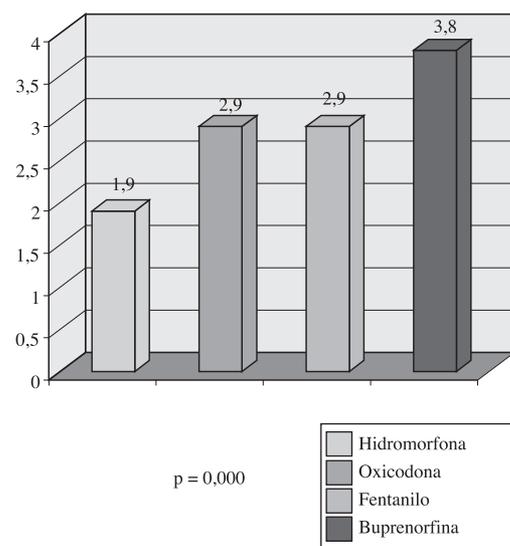
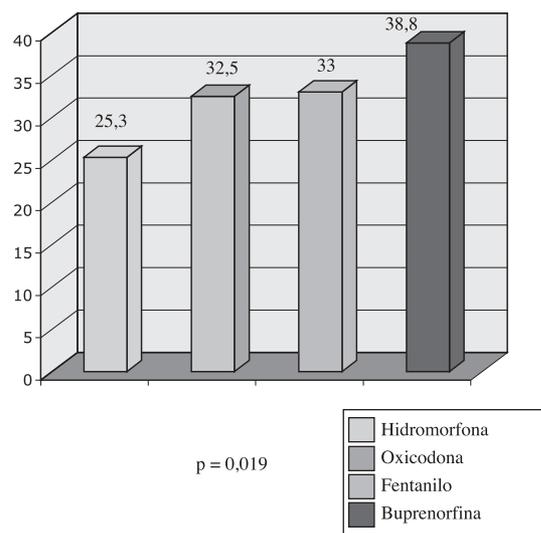


Fig. 1. Porcentaje tipo opioides.

En la evaluación de los trastornos del sueño se encontraron diferencias significativas según el tipo de opioide consumido ($p = 0,005$), siendo el grupo tratado con hidromorfona el que daba resultados más altos para la valoración subjetiva del COS (escala de 1-7) (Tabla IV) (Fig. 2). Estos resultados se confirmaron también con la subescala del insomnio ($p = 0,019$) donde en este caso fue el grupo tratado con buprenorfina el que presentaba valores más elevados en la subescala (escala de 9-45) (Fig. 3). En el ítem que nos proporcio-

TABLA IV. VALORES DEL TEST DE EVALUACIÓN DEL SUEÑO SEGÚN EL TIPO DE OPIOIDE SUMINISTRADO (MEDIA Y DESVIACIÓN TÍPICA)

Tipo de opioide	COS (valoración subjetiva, 1-7)	COS (subescala del insomnio, 9-45)	COS (consumo hipnóticos, 1-5)
Oxicodona	3,67 ± 0,651	32,50 ± 4,945	2,9 ± 0,828
Hidromorfona	4,67 ± 0,577	25,33 ± 2,517	1,9 ± 0,766
Buprenorfina	2,20 ± 1,095	38,80 ± 5,070	3,8 ± 0,835
Fentanilo	3,43 ± 1,134	33,00 ± 6,733	2,9 ± 1,04

**Fig. 2.** Valoración subjetiva sueño COS.**Fig. 4.** Valor COS ayuda para dormir.**Fig. 3.** Valor Cuestionario Oviedo de Sueño.

na información sobre el uso de ayuda de cualquier tipo para dormir, también el grupo de la hidromorfona nos

presenta un mejor perfil con menores requerimientos de fármacos alternativos para dormir (Fig. 4).

Al comparar la calidad del sueño entre los pacientes con DCNM nociceptivo y DCNM neuropático no aparecieron diferencias significativas al igual que ocurrió al comparar la calidad del sueño en función del sexo.

En cuanto a la incidencia ansiedad/depresión se apreció en 27 pacientes (29,3%) (Fig. 4), siendo el porcentaje de mujeres el 70,37%.

No se encontraron diferencias significativas para el tipo de dolor ni para el sexo. Apareciendo diferencia en la incidencia de ansiedad/depresión, significativamente estadística, en función del tipo de opioide, siendo de nuevo el grupo tratado con hidromorfona el que menor prevalencia presentó (Fig. 5).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como ya ha quedado apuntado, diversos estudios epidemiológicos han demostrado alteraciones del sueño en pacientes que experimentan dolor crónico, entre

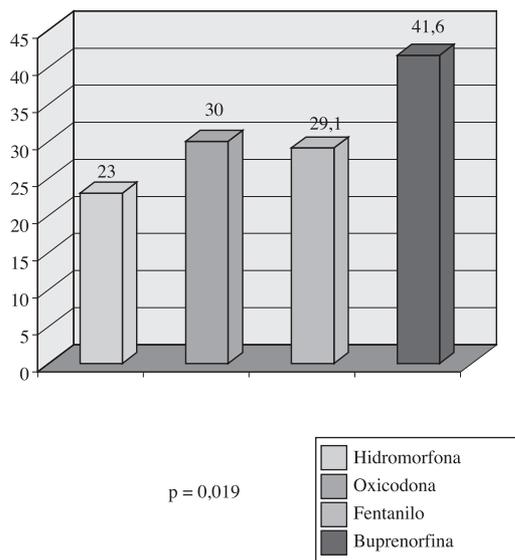


Fig. 5. Porcentaje tes HAD positivo según opioide.

un 50 a 90% reporta mala calidad del sueño. Esta amplia divergencia recogida en la incidencia de trastornos del sueño se debe a diversos factores. Por un lado, la mayoría de los estudios carece de registros polisomnográficos, gran parte de los datos epidemiológicos se basan en las referencias de los pacientes, la definición del sueño no está bien establecida y, por otra parte, la etiología de la calidad del sueño es multifactorial, relacionándose de forma compleja y variando en función del síndrome doloroso, con la condición comórbida, edad y consumo de otros fármacos (5,6,17,29,30).

Así es, se conoce que los trastornos del sueño toman mayor relevancia en aquellos pacientes que padecen determinadas enfermedades crónicas concomitantes tales como, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, apnea del sueño y fibromialgia (31-33). La edad es otro factor influyente. Mientras en el adulto joven el sueño tiene un 95% de eficiencia (solo se encuentra despierto el 5% del tiempo total en cama), cerca del 50% de los adultos mayores sanos tiene alteraciones del sueño, encontrándose incremento en el tiempo de inicio del sueño, disminuyendo la eficiencia, presentando más despertares y despertándose más temprano (6,31,34). También los fármacos administrados pueden afectar el sueño y la vigilia. Los antiinflamatorios no esteroideos disminuyen la eficiencia del sueño e incrementan el número de despertares al disminuir la síntesis de prostaglandinas, los corticoides producen disminución del sueño de ondas lentas y de los movimientos oculares rápidos, los antidepresivos inhibidores de la recapta-

ción de serotonina y noradrenalina interfieren a su vez en la desregulación del ciclo vigilia-sueño y, finalmente, los opioides y otros fármacos empleados como adyuvantes en el tratamiento del dolor, tienen un severo impacto sobre el sistema nervioso (6,35).

A pesar de todas las variables mencionadas, desde un punto de vista clínico, la relación entre dolor crónico e insomnio parece sólida ya que el dolor produce el despertar de un cierto estado emocional y este interfiere con la capacidad para iniciar y mantener el sueño, afectando de forma global y en cada uno de los atributos de la arquitectura del mismo. El dolor, por tanto, afecta los mecanismos del sueño, generando su inestabilidad, limitando la actividad física diurna, alterando el proceso homeostático, la actividad simpática y la pérdida de la cualidad reparadora del sueño (17,36,37).

Hay distintos estudios que relacionan la pérdida de la calidad del sueño con diversas variables; algunos consideran que la intensidad del dolor es un factor decisivo (37-40), otros consideran que el tiempo de evolución presenta una correlación negativa en el impacto sobre el sueño, adaptándose este ante la cronicidad del dolor (41,42), otros lo relacionan directamente con la presencia de depresión (38), otros observan una mayor prevalencia en los trastornos del sueño en mujeres (37), para algunos depende del tipo de dolor, siendo el dolor mixto y el neuropático los que mayor incidencia provocan (37,43), otros trabajos ponen el acento en la temporalidad del dolor y consideran que los pacientes con dolor crónico tienen mayor riesgo de padecer insomnio, mientras que los pacientes con dolor agudo suelen presentar baja calidad del sueño (40,44).

En nuestro trabajo no hemos encontrado diferencia significativa en la incidencia de alteración del sueño en función del sexo o del tipo de dolor, aunque sí hemos apreciado una mejor calidad del sueño dependiendo del tipo de opioide, siendo la hidromorfona el que mejor resultados nos aporta, este resultado ya ha sido apuntado en estudios anteriores, reportando menor número de despertares nocturnos como menor sueño diurno (45,46). En estos trabajos se utilizó como instrumento evaluador del sueño el cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) que nos proporciona información subjetiva sobre la calidad y la cantidad del sueño muy utilizado en pacientes con dolor neuropático (47). Otra escala ampliamente usada en la valoración del sueño es el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, es un cuestionario diseñado para evaluar la percepción subjetiva de la calidad del sueño de los pacientes con trastornos psiquiátricos (48). Nosotros hemos preferido emplear como instrumento evaluador el Cuestionario Oviedo de Sueño (COS) validado en principio para pacientes con depresión y posteriormente para otros

pacientes con trastorno mental grave (24,25,49). La razón de esta elección radica en que nos da una triple dimensión de la valoración del sueño: nos permite medir la satisfacción subjetiva del sueño, la gravedad del insomnio y la necesidad de la administración de otros fármacos para mejorar el sueño. La obtención de estos tres datos nos ha permitido compararlos y comprobar su interrelación, observando cómo son coincidentes la satisfacción subjetiva del sueño con la gravedad del insomnio y la disminución del consumo de fármacos para dormir, hecho que no se refleja en otras publicaciones (6). En esta diversidad de enfoque que nos proporciona el COS, consideramos que resulta relevante la posibilidad que nos da de valorar la necesidad de fármacos para dormir, pues este dato nos permite eludir un sesgo importante a la hora de valorar la calidad del sueño en general que, de no tener en cuenta este valor, podría verse alterado y la causa de la mejoría en la calidad del sueño podría deberse al consumo de hipnóticos y no al opioide administrado.

En nuestro trabajo los tres datos fueron coincidentes y relacionados con la administración de un opioide concreto: hidromorfona. De los 15 ítems que nos ofrece el COS empleamos 11, excluyendo la subescala de hipersomnio y el de información adicional sobre parasomnias y posibles trastornos orgánicos del sueño, con el fin de simplificarlo y hacerlo más comprensible.

En relación con el test de HAD decidimos usar la evaluación global del test, agregando la puntuación de ansiedad y depresión, actuación orientada por diversos autores, toda vez que la capacidad de las respectivas subescalas para discriminar entre depresión y ansiedad está muy cuestionada y su validez predictiva es escasa, con cifras de sensibilidad y, sobre todo, de especificidad bajas (50-52). Esto plantea si es posible mantener la diferencia entre respuesta de ansiedad o depresión o, quizá, es mejor optar por una puntuación global de la escala que refleje la coexistencia real de los síntomas depresivos y ansiosos en un síndrome común de distress psicológico, de ahí que el uso de esta escala se haya orientado más hacia la detección y cuantificación de "malestar psíquico", mostrando por un lado la buena correlación con diferentes aspectos de la severidad de la enfermedad física (el dolor en nuestro caso) y con otras medidas dimensionales de calidad de vida, y por otro, buena sensibilidad para detectar cambios durante el curso de la enfermedad o en respuesta a intervenciones terapéuticas (53,54).

La incidencia de depresión/ansiedad en pacientes con DCNM es elevada, aunque nada coincidente entre los distintos trabajos que han enfocado este tema, los síntomas pueden aparecer con una oscilación desde un

22 hasta un 78%. Este amplio rango se debe probablemente a la variada metodología empleada en la valoración del cuadro depresivo/ansioso (22,23,37,55,56). No obstante, se ha acreditado la frecuente asociación entre dolor y depresión, así como su interacción, por lo que ha dado en proponerse la existencia de un síndrome concreto, el síndrome dolor-depresión, puesto que coexisten frecuentemente, responden a tratamientos similares, pueden exacerbarse mutuamente y comparten bases neuroanatómicas y neuroquímicas comunes (57,58). Hay también diversos estudios que relacionan la depresión con la intensidad del dolor, incapacidad física o trastorno del sueño, sin que exista una doctrina pacífica entre ellos (22,23,37,38).

En nuestro trabajo la prevalencia de ansiedad/depresión fue del 29,3%, similar al reportado para España en la encuesta *Pain in Europe*. No hubo diferencia significativa ni en función del sexo ni del tipo de dolor, pero sí hubo diferencia estadísticamente significativa dependiendo del opioide administrado, siendo los pacientes que recibieron hidromorfona los que menor índice de trastornos de la esfera emocional presentaban. Esto puede tener su explicación en la mejoría del sueño que también estos pacientes experimentaban. Hay diversos estudios que relacionan el trastorno del sueño a una mayor prevalencia de depresión, por lo que, por ende, al mejorar la calidad del sueño es factible suponer que también disminuya la incidencia de depresión (22,37,38).

En resumen, en nuestro estudio los pacientes que consumían hidromorfona presentaron mejor calidad del sueño, menor consumo de hipnóticos y un menor índice de padecer un cuadro ansioso-depresivo. Ciertamente es que, quizá, para corroborar estos resultados y evitar elementos que distorsionen los resultados, habrá, en próximos trabajos, que valorar la existencia de otras variables tales como: edad, enfermedades concomitantes, consumo de fármacos que alteren la arquitectura del sueño, percepción del control, pensamientos catastróficos, tiempo de evolución del dolor, estrategias de afrontamiento, incapacidad física y la autoeficacia.

CORRESPONDENCIA:
Ignacio Velázquez Rivera
e-mail: ignavel50@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Merskey H. Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definitions. *Pain* 1986;S-3:345-56.
2. Merskey H. Classification of chronic pain. Classification of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. International Association for the Study of Pain. Task force on taxonomy. IASP press. 1994
3. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:8-16.
4. Lorca GJ, Muriel C, González Tablas MM, Díez MA. Relación entre características del dolor crónico y niveles de depresión *Rev Soc Esp Dolor* 2007;1:26-35.
5. Marcelo G. Pain and sleep: two biological present conditions. *Boletín El Dolor* 2005;14:30-2.
6. Covarrubias-Gómez A, Guevara UM, Betancourt JA, Delgado M, Cardona A, Hernández JR. Evaluación del sueño en el dolor crónico no maligno. *Rev Mexicana de Anestesiología* 2005;28(3):130-8.
7. Hirshkowitz M. Normal human sleep: an overview. *Med Clin N Am* 2003;88:66-90.
8. Sayak K. Sleep quality in chronic pain. *Can J Psychiatry* 2002;47:844-8.
9. Salin-Pascual RJ. Introducción al estudio del sueño. En: Valencia Flores M, Salin-Pascual RJ, editores. *Trastornos del dormir*. México. McGraw-Hill. 2001:1-4.
10. Raham W, Suzuki R, Dickenson A. Pains, brains, and spinal gains: facilitatory mechanisms underlying altered pain states. *Int J Pain Med* 2003;2:82-9.
11. Welstein L, Dement WC, Redington D, Guilleminault C, Mitler M. Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long term evolution. In: Guilleminault C, Lugaresi E, editors. *New York: Raven Press*, 1983.
12. Sateia M, Nowell P. *Insomnio Lancet* 2004;364(9449):1959-73.
13. Serfaty M, Masautis A, Foglia VL. Epidemiología de trastornos del sueño. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 2004;50(1):59-66.
14. Zammit GK, Weinen J, Damato N, Sillup GP, McMillan CA. *Sleep* 1999;22:S379-S385.
15. Bixler EO, et al. *Am J Psychiatry* 1979;136:1257-62; 3. Mellinger GD et al. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:225-32.
16. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. *Biol Psychiatry* 1996;39:411-8.
17. Stiehl F, Satgno D. Evaluación y tratamiento del insomnio en pacientes con dolor crónico. *CNS Drugs* 2004;18(5):285-96.
18. Moldofsky H. Sleep and pain: Clinical review. *Sleep Med Rev* 2001;5:387-98.
19. Máñez I, Fenollosa P, Martínez-Azucena A, Salazar A. Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:491-500.
20. Romano JM, Turner JA. Chronic Pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin* 1985;97(1):18-34.
21. Holzberg AD, Robinson ME, Geisser ME. The effects of depression and chronic pain on psychosocial and physical functioning. *Clin J Pain* 1996;18:215-9.
22. Morales-Vigil T, Alfaro-Ramírez O, Sánchez S, Vázquez-Pineda F. Ansiedad y depresión por dolor neuropático y nociceptivo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46(5):479-84.
23. Plata-Muñoz ME, Castillo-Olivares ME, Guevara-López U. Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Rev Mexicana Anestesiología* 2004;27(1).
24. Bobes J, González MP, Ayuso JL, Gibert J, Vallejo J, Rico F. Oviedo Sleep Questionnaire (OSQ): a new semi-structured interview for sleep disorders. *European Neuropsychopharmacology* 1998;8(Supl. 2):S162.
25. Bobes J, González G, Portilla MP, Sáiz PA, Bascarán MT, Iglesias C, et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema* 2000;12(1):107-12.
26. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
27. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM, Peri JM. (Utal Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Dpto. Psiquiatría Facultad de Med Barna* 1986;13:233-8.
28. Caro I, Ibáñez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión: su utilidad práctica en psicología de la salud. *Bol Psicol* 1992;36:46-69.
29. Pilowsky I, Townley M. Sleep disturbance in clinic patients. *Pain* 1985;23:27-33.
30. Girdlason T, Almqvist M. Somatic diseases and sleep complaints. An epidemiological study of 3201 Swedish men. *Acta Med Scand* 1987;221:475-81.
31. Ayalon L. Diagnosing and treating sleep disorders in older adults. *Med Clin N Am* 2003;88:66-100.
32. Berry RB, Harding SM. Sleep and medical disorders. *Med Clin N Am* 2003;8:66-100.
33. Lavigne G, Zucconi M, Castronovo C, Manzini C, Manchettini P, Smime S. Experimental pain perception remains equally active over all sleep stages. *Pain* 2004;110:646-55.
34. Smith MT, Haythornthwaite JA. How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature. *Sleep Med Rev* 2004;8:119-32.
35. Bourne RS, Mills GH. Sleep disruption in the critically ill patient: pharmacological considerations. *Anesthesia* 2004;59:374-84.
36. Vizcarra D. Dolor y sueño. *Diagnóstico* 2008;47(1):1-5.
37. Gálvez R, Marsal C, Vidal J, Ruiz M, Rejas J. El dolor neuropático como causa de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en condiciones de práctica médica habitual: resultados del estudio DONEGA. *Rev Soc Esp Dolor* 2006;13(2):81-95.
38. Noughton F, Ashworth P, Skevington SM. Does sleep quality predict pain-related disability in chronic pain patients? The mediating roles of depression and pain severity. *Pain* 2007;127(3):243-52.
39. Widerstrom-Noga EG, Felipe-Cuervo E, Yezierski RP. Chronic pain alter spinal injury: interferente with sleep and daily activities. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:1571-7.
40. Morin CM, Gibson D, Wade J. Self-reported sleep and mood disturbance in chronic pain patients. *Clin J Pain* 1998;14:311-4.

41. Atkinson JH, Ancoli-Israel S, Slater MA, et al. Subjective sleep disturbance in chronic back pain. *Clin J Pain* 1988;4:225-32.
42. Haythornthwaite JA, Hegel MT, Kerns RD. Development of a sleep diary for chronic pain patients. *Pain Symptom Manage* 1991;6:65-72.
43. Galer BS, Glanas A, Jensen MP. Painful diabetic polyneuropathy: epidemiology, pain description, and quality of life. *Diabetes Res Clin Pract* 2000;47:123-8.
44. Sutton DA, Moldofsky H, Badley EM. Insomnia and health problems in Canadians. *Sleep* 2001;21:665-70.
45. Wallace M, Skowronski, Khanna S, Tudor LC, Thippawong J. Efficacy and safety evaluation of once-daily OROS hydromorphone in patients with chronic low back pain: a pilot open-label study (DO-127) *Curr Med Res Opin* 2007;23(5):981-9.
46. Hale M, Khanna S, Tudor LC, Thippawong J. Efficacy and tolerability of once-daily Oros Hydromorphone and twice-daily extended-release Oxycodone in patients with chronic, moderate to severe osteoarthritis pain: results of a 6 week, randomized, open-label, noninferiority analysis. *Clinical Therapeutics* 2007;25(5): 874-88.
47. Rejas J, Ribera MV, Ruiz M, Masramón X. Psychometric properties of the MOS (Medical Outcomes Study) Sleep Scale in patients with neuropathic pain. *Eur J Pain* 2007; 11:329-40.
48. Macías JA, Royuela A. La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg. *Informaciones psiquiátricas* 1996;146:465-72.
49. García MP, Alejandra P, Díaz EM, Fonseca E, Arrojo M, Sierra P, et al. Rendimiento psicométrico del Cuestionario Oviedo de Sueño en pacientes con trastorno mental grave. *Rev Psiquiatría y Salud Mental* Vol 02 Num 4.
50. Silverstone PH. Poor efficacy of the Hospital Anxiety and Depression scale in the diagnosis of major depressive disorder in both medical and psychiatric patients. *J Psychosom Res* 1994;38:441-50.
51. Dowell AC, Biran LA. Problems in using the hospital anxiety and depression scale for screening patients in general practice. *Br J Gen Pract* 1990;40:27-8
52. Hall A, A'Hern R, Fallowfield L. Are we using appropriate self report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *Eur J Cancer* 1999;91:252-7.
53. Terol C, López-Roig S, Rodríguez J, Marín M, Pastor MA, Reig MT. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés* 2007;13(2-3):163-76.
54. Hermann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997;42:17-41.
55. Monsalve V, Cerdá-Olmedo G, Mínguez A, de Andrés JA. Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios frente a pacientes ambulatorios con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7:6-11.
56. Llorca GJ, Muriel C, González-Tablas M, Díez MA. Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Rev Soc Esp Dolor* 2007;1:26-35.
57. Lindasay PG, Wyckoff M. The depression-pain syndrome and the response to antidepressants. *Psychosomatics* 1981;22:571-3.
58. Gallagher RM, Verma S. Managing pain and comorbid depression: a public Health Challenge. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999;4:203-20.