

PAIN & SPAIN

DOLOR 2002;17:173-176

LLUÏSA CASANOVAS
JOSEP-ELADI BAÑOS

Esta sección incluye la relación alfabética de los artículos publicados por investigadores españoles residentes en nuestro país en revistas de difusión internacional. Para ello, se analizó la base de datos MEDLINE (PubMed - NLM) (fecha de publicación de 2002/06/16 a 2002/09/15), en continuidad a la búsqueda anterior [DOLOR 2002;17(2):130-3.]. La estrategia de búsqueda fue: (Pain OR Analg*)

AND (Spain OR Spanish); (Pain OR Analg*) AND Spanish (la) y (Pain OR Analg*) AND (Spain OR Espana).

La dirección de los autores corresponde generalmente a la del primer autor, o la que MEDLINE recoge en primer lugar. Los trabajos marcados con un asterisco se comentan brevemente al final del listado.

ÁLVAREZ LÓPEZ JC, GONZÁLEZ DE ZÁRATE J, HERRERO GENTO E. Unidad del Dolor. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Valladolid. Tratamiento del dolor en un caso de osteogénesis imperfecta tipo III. *An Esp Pediatr* 2002;57:277-8.

*DEL RÍO MC¹, GÓMEZ J², SANCHEZ M², ÁLVAREZ FJ¹. ¹Grupo de Investigación de Medicamentos y Alcohol, Departamento de Farmacología y Terapéutica, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid. ²Centro Nacional de Toxicología, Instituto Nacional de Toxicología, Madrid. Alcohol, illicit drugs and medicinal drugs in fatally injured drivers in Spain between 1991 and 2000. *Forensic Sci Int* 2002;127:63-70.

*GÓMEZ-BATISTE X, MADRID F, MORENO F, GRACIA A, TRELIS J, NABAL M, ALCALDE R, PLANAS J, CAMELL H. Servei de Cures Pal·liatives, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet, Barcelona. Breakthrough cancer pain: prevalence and characteristics in patients in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:45-52.

*REMOR E. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria* 2002;30:143-8.

RODRÍGUEZ DO FORNO A¹, VÁZQUEZ RODRÍGUEZ M², NOVOA GÓMEZ G¹, PAÍS PIÑEIRO E³. ¹Departamento de Pediatría. Unidad de Nefrología Pediátrica. ²Servicio de Radiología Pediátrica. Hospital Cristal-Piñor. Ourense. ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera. A Coruña. Dolor abdominal recurrente de causa orgánica. *An Esp Pediatr* 2002;57:181-2.

*SALAS ARRAMBIDE M¹, GABALDÓN POC O², MAYORAL MIRAVETE JL², AMAYRA CARO I¹. ¹Departamento de Psicología, Universidad de Deusto, Bilbao. ²Hospital Donostia. San Sebastián. Evaluación de la ansiedad y el dolor asociados a procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica. *An Esp Pediatr* 2002;57:34-44.

DEL RÍO MC¹, GÓMEZ J², SANCHEZ M², ÁLVAREZ FJ¹

¹Grupo de Investigación de Medicamentos y Alcohol. Departamento de Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid
²Centro Nacional de Toxicología. Instituto Nacional de Toxicología. Madrid

Alcohol, illicit drugs and medicinal drugs in fatally injured drivers in Spain between 1991 and 2000

***Forensic Sci Int* 2002;127:63-70**

En este estudio, los autores analizan la información del Centro Nacional de Toxicología en relación con la presencia de sustancias en conductores muertos en accidentes de carretera. El objetivo fue determinar el papel que el alcohol, las drogas ilícitas y los medicamentos desempeñan en la incidencia de accidentes de tráfico, así como analizar su evolución en los últimos 10 años (1991-2000). Las muestras se obtuvieron de 5.745 conductores muertos en accidentes de carretera, desde enero 1991 a diciembre 2000. El 91,7% (n = 5.266) de la muestra eran varones y el 8,3% (n = 479) eran mujeres. Respecto a la edad, el 10% era menor de 20 años; el 30,7% entre 21 y 30 años; el 19,3% entre 31-40 años; el 12,6% entre 41 y 50 años; el 8,9% entre 51 y 60 años; el 10,6% tenía más de 60 años; en

el resto de los casos (7,9%) la edad era desconocida. Se analizaron las muestras de sangre para detectar la presencia de alcohol (etanol) y también la presencia de otras sustancias (drogas ilícitas y medicamentos). Entre las drogas ilícitas se establecieron los siguientes grupos: opioides, cocaína, cannabis, anfetaminas, drogas sintéticas (éxtasis) o drogas alucinógenas. Entre los medicamentos se establecieron diferentes grupos de acuerdo con la clasificación química anatómica terapéutica. Entre 1991 y el año 2000 murieron 59.071 personas en las carreteras españolas, lo que significa que se analizaron solamente 5.745 muestras sanguíneas (9,7% de los casos). Dentro de la muestra estudiada, en el 50,1% se encontraron algunos tipos de sustancias psicoactivas, principalmente alcohol (43,8%) y, menos frecuentemente, drogas ilícitas (8,8%) y medicamentos (4,7%). En todos los casos en los que se detectó alcohol, la combinación con otras sustancias representaba solamente el 12,5% mientras que en el caso de drogas ilícitas y medicamentos, los valores de uso combinado con otras sustancias fueron del 75,6% para las primeras y del 65,8% para los últimos. Se registró una alcoholemia de 0,8 g/l en 1 de cada 3 casos (32,0%). Las drogas ilícitas detectadas con más frecuencia fueron cocaína (5,2%), opioides (3,2%) y cannabis (2,2%). Entre los medicamentos, se encontraron benzodiacepinas (3,4%), fármacos antidepresivos (0,6%) y analgésicos (0,4%) en primer lugar, seguidos de antiepilépticos (0,3%), barbitúricos (0,3%), antihistamínicos- H_1 (0,3%), vasodilatadores (0,15%), antagonistas del calcio (0,14%), fármacos antieméticos (0,01%) y fármacos antipsicóticos (0,01%). Los resultados muestran la presencia frecuente de sustancias psicoactivas (50,1%), particularmente alcohol, entre los usuarios de vehículos a motor en España involucrados en accidentes de carretera mortales. Los autores concluyen que aunque el alcohol es la sustancia más comúnmente detectada, no se puede ignorar la presencia de drogas ilícitas y medicamentos (cocaína y benzodiacepinas, principalmente) en estas circunstancias.

GÓMEZ-BATISTE X, MADRID F, MORENO F, GRACIA A, TRELLIS J, NABAL M, ALCALDE R, PLANAS J, CAMELL H

Servei de Cures Pal·liatives. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet. Barcelona

Breakthrough cancer pain: prevalence and characteristics in patients in Catalonia, Spain

J Pain Symptom Manage 2002;24:45-52

El dolor intercurrente (DI), definido como una exacerbación transitoria de dolor que se superpone a un

historial de dolor crónico persistente estabilizado, se ha asociado con una baja probabilidad de control adecuado del dolor en algunos grupos de pacientes con cáncer. El DI característico tiene un rápido inicio (menos de 3 min), una intensidad grave pero de duración corta (media 30 min) y un promedio de aparición de 4 episodios al día. Estudios internacionales recientes han estimado que aparece en el 50 al 75% de los pacientes de cáncer. No obstante, en un estudio previo en pacientes españoles con cánceres avanzados, se ha detectado una prevalencia del DI del 23%, mostrando probablemente un bajo índice de detección en este problema clínico. En este sentido, los autores llevan a cabo el presente estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de DI entre pacientes oncológicos asistidos por equipos de tratamientos paliativos en Cataluña. Asimismo, pretenden caracterizar la frecuencia, la intensidad y los tratamientos de los episodios de DI, basados en la etiología, la patología, las características temporales y la efectividad del tratamiento terapéutico. Para ello llevan a cabo un estudio observacional y transversal diseñado para establecer la prevalencia del DI relacionado con el cáncer. El DI fue estudiado de acuerdo con sus características temporales (número de episodios/día, velocidad de inicio y duración); intensidad (escala 0-10), y tipo (espontáneo, incidente, o por una dosis insuficiente. De los 103 equipos de tratamientos paliativos de Cataluña que fueron invitados a participar en el estudio, se seleccionaron finalmente 62 equipos. De los 407 pacientes potenciales, se estudiaron 397, que fueron entrevistados (hospital 49%, domicilio 28%) en un día predeterminado. La mitad de ellos eran hombres, y la edad de 7-92 años, media (DE) 68,3 (14,1). La localización más frecuente del tumor primario fue colorrectal (15%), hígado (10%) y pulmones (10%). La mayoría tenía metástasis (56,9%), siendo en el hueso (49%) y en el hígado (31%) las zonas más frecuentes. Los pacientes fueron preguntados sobre su dolor persistente y su frecuencia, características y tratamiento. El DI se registró en 163 pacientes (41%). Este porcentaje es mayor que el 23% previamente descrito en España y es más consistente con otras publicaciones. El número de episodios fue de 244 (media 1,5 episodios/paciente/día); el 60% de inicio rápido y el 39% de inicio gradual. Dos terceras partes de los pacientes refirieron sólo 1 episodio. Los pacientes con dolor crónico persistente fueron los que experimentaron un episodio de DI con más probabilidad. La intensidad media (DE) de los episodios de DI fue de 7,3 (2,0), comparada con 2,9 (2,7) para dolor crónico persistente (escalas 0-10). Se utilizó la morfina para tratar el 52% de los episodios de DI, seguida por antiinflamatorios no esteroideos (7%),

tramadol (4%), benzodiazepinas (4%) y paracetamol (4%). Aproximadamente el 25% de los episodios de DI no fueron tratados. En vista de estos resultados, los autores sugieren que sus pacientes oncológicos puede que no identifiquen episodios de DI tan a menudo como lo hacen pacientes con otras afecciones o de otros países. Los autores concluyen que el DI no es reconocido de forma adecuada, permanece infratratado en España y que debería informarse tanto a pacientes como a médicos sobre la manera de reconocer el DI, lo que conllevaría una mejor calidad de vida de estos pacientes.

REMOR E

Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid

Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH

Aten Primaria 2002;30:143-8

El apoyo social ha sido postulado como una importante variable para la prevención de las psicopatologías. La relación entre apoyo social, depresión, afrontamiento y salud parece ser especialmente importante para las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los autores realizaron el presente trabajo con el objetivo de verificar, por una parte, la relación entre apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), específicamente si un bajo apoyo social implica peores resultados en la CVRS, y por otra, establecer el peso relativo del apoyo social en la predicción de la CVRS en una muestra de pacientes con infección por el VIH. El esquema general del estudio fue transversal, descriptivo y correlacional de sujetos con infección por el VIH de un hospital universitario urbano, para conocer la relación entre el apoyo social y la calidad de vida. Para ello evaluaron a 100 sujetos con infección por el VIH, en distintas etapas de la infección, de ambos sexos, procedentes del Servicio de Medicina Interna - Unidad VIH del Hospital Universitario La Paz. A partir de un cuestionario autoaplicado se recogió información sobre edad, sexo, orientación sexual, nivel socioeconómico, situación laboral, grado de estudios, personas con las que vive y modo de transmisión del VIH. El apoyo social se evaluó a través del cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC-11, validado para España en población general y VIH positivo. Consta de 11 ítems con un rango de respuesta de 1 a 5 (a mayor puntuación, mayor apoyo social). La CVRS fue evaluada a través del cuestionario MOS-SF-30, validado para España en población positiva para el VIH. Consiste en 30 ítems con un rango de

0 a 100, siendo éste el nivel más alto de calidad de vida. El estudio confirma la utilidad del cuestionario de apoyo social Duke-UNC-11 como herramienta para la evaluación del apoyo social en el ámbito sanitario. Los resultados indican que existen diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con infección por el VIH según el nivel de apoyo social que presentan (bajo o normal); en concreto, aquellos con un bajo apoyo social presentaron una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico, una mayor dificultad en las actividades diarias, mayor distrés relacionado con la salud, peor funcionamiento cognitivo y experimentaban peor salud física y emocional que en el mes anterior. En conjunto, la CVRS fue peor en aquellos sujetos con un nivel de apoyo social bajo. En el mismo sentido, a través de la ecuación de regresión lineal, el nivel de apoyo social demostró ser una variable predictora de la CVRS. Los autores concluyen que el apoyo social es una variable importante en la comprensión del bienestar y calidad de vida de las personas con infección por el VIH. Asimismo, consideran que dirigir esfuerzos para la mejora de este recurso personal contribuye directamente a un aumento de la calidad de vida de estos pacientes. A este artículo le sigue un comentario editorial de M. Melguizo Jiménez donde se comenta la importancia de la relación del apoyo social con el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes. Asimismo, se mencionan los diferentes cuestionarios utilizados en atención primaria para su medición (genéricos y específicos), que permiten de manera rápida y sencilla obtener resultados válidos y fiables. Y, finalmente, se constata que cada vez más los aspectos sociales y familiares influyen decisivamente en la evolución de cualquier enfermedad crónica. En el caso de la infección por VIH, será imprescindible detectar disfunciones sociofamiliares para elevar la calidad de vida de estos pacientes.

SALAS ARRAMBIDE M¹, GABALDÓN POC O², MAYORAL MIRAVETE JL², AMAYRA CARO I¹

¹Departamento de Psicología. Universidad de Deusto. Bilbao. ²Hospital Donostia. San Sebastián
Evaluación de la ansiedad y el dolor asociados a procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica

An Esp Pediatr 2002;57:34-44

La ansiedad, el dolor y el estrés conductual asociados a procedimientos médicos son cuestiones importantes para casi todos los niños. Las enfermedades

crónicas requieren tratamiento intensivo y continuo durante muchos años o de por vida. Particularmente los niños con procesos oncológicos tienen que someterse a numerosas y repetidas pruebas médicas durante el proceso diagnóstico, el tratamiento y el período de seguimiento. El dolor asociado a los procedimientos médicos, diagnósticos y terapéuticos es incluso a veces peor que la misma enfermedad. En este artículo los autores revisan cuestiones referidas al impacto psicológico que tienen los procedimientos médicos en los enfermos oncológicos en pediatría, valorando la ansiedad, el dolor y el estrés conductual que provocan en el niño. Se revisan los instrumentos más utilizados en la práctica clínica y la investigación para la evaluación del dolor y la ansiedad que experimenta esta población ante los procedimientos médicos dolorosos. También se revisan aspectos como la prevalencia del dolor en el cáncer infantil, y el esfuerzo que están realizando ciertas instituciones para que se implemente la evaluación del dolor en niños, teniendo en cuenta que el dolor es una experiencia subjetiva y multidimensional. Asimismo, se destaca la importancia que tienen la formación de los profesionales sanitarios en la evaluación y el tratamiento de este tipo de dolor, y el fomento de la investigación en este ámbito. Para la evaluación de las reacciones de los niños ante procedimientos médicos dolorosos se han utilizado varios medios, como los autoinformes de dolor, valoraciones por parte del equipo médico y los padres del niño, evaluaciones fisiológicas y la observación directa. Como instrumentos de observación directa se incluyen medidas conductuales (conductas de vocalizaciones y verbalizaciones, expresiones faciales, respuestas motoras, postura corporal, actividad y apariencia). Se revisan por su demostrada fiabilidad

y validez los instrumentos más utilizados en la investigación de las reacciones de los niños ante los procedimientos médicos dolorosos: *Procedure Behavioral Rating Scale* (PBRs), *Observational Scale of Behavioral Distress* (OSBD), *Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale* (CAMPIS). Respecto a los autoinformes, basándose en la definición de la *International Association for the Study of Pain* (IASP) que enfatiza que la experiencia del dolor es subjetiva, se revisan las medidas más utilizadas en las investigaciones y en la práctica clínica como las escalas analógicas visuales (VAS), la *Coloured Analogue Scale* (CAS), el termómetro de dolor, las *Colour Scales*, el *Poker Chip Tool* y las Escalas FACES. Se destacan la importancia de los autoinformes, considerados como patrón oro para la evaluación del dolor pediátrico. Como instrumentos de evaluación multidimensionales (que evalúan no sólo la intensidad del dolor, sino también factores como los sentimientos asociados al dolor, conductas de afrontamiento, historias de experiencias dolorosas, creencias sobre las causas del dolor, el punto de vista del niño acerca de las consecuencias positivas y negativas del dolor, y las expectativas del niño sobre el alivio del dolor), los autores destacan el *Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire* (PPQ). En cuanto a las medidas fisiológicas, no hay ninguna perfecta para medir el dolor, pero la más prometedora en el ámbito clínico es la presión cardíaca que utiliza métodos incruentos. Los autores comentan que la revisión de la bibliografía indica la necesidad de investigación y educación de los profesionales en la evaluación del dolor pediátrico. Finalmente, concluyen que la evaluación y el tratamiento del dolor podrían mejorar centrando esfuerzos en diversos aspectos y proporcionan algunas recomendaciones para la evaluación del dolor en niños.