

# PAIN & SPAIN

DOLOR 2003;18:173-9

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 2003/01/16 a 2003/06/30), en continuidad a la búsqueda anterior (DOLOR 2003;18(1):65-9). La estrate-

gia de búsqueda fue: (Pain OR Analg\*) y (Spain OR Spanish); (Pain OR Analg\*) y Spanish (LA) y (Pain OR Analg\*) y (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.

ANDOLLO-HERVÁS I, SÁNCHEZ-PÉREZ A, GRANDES G. Unidad de Investigación de Atención Primaria-Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Bilbao. Un análisis inapropiado pone en duda los beneficios de la educación sanitaria en la fibromialgia. *Aten Primaria* 2003;31:204-5.

ARBOLEYA LR, DE LA FIGUERA E, SOLEDAD-GARCÍA M, ARAGÓN B. Sección de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. Experience of rofecoxib in patients with osteoarthritis previously treated with traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs in Spain: results of phase 2 of the VICOXX study. *Curr Med Res Opin* 2003;19:288-97.

ARBOLEYA LR, DE LA FIGUERA E, SOLEDAD-GARCÍA M, ARAGÓN B. Sección de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. Management pattern for patients with osteoarthritis treated with traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs in Spain prior to introduction of Coxibs. *Curr Med Res Opin* 2003;19:278-87.

AZPIAZU-GARRIDO M, CRUZ-JENTOFT A, VILLAGRASA-FERRER JR, ABANADES-HERRANZ JC, GARCÍA-MARÍN N, ÁLVAREZ-DE MON REGO C. Gerencia de Atención Primaria. Talavera de la Reina (Toledo). Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria* 2003;31:285-92.

\*BADIA X<sup>1,2</sup>, MURIEL C<sup>3</sup>, GRACIA A<sup>4</sup>, NÚÑEZ-OLARTE JM<sup>5</sup>, PERULERO N<sup>2</sup>, GÁLVEZ R<sup>6</sup>, CARULLA J<sup>7</sup>, CLEELAND CS<sup>8</sup> en nombre del GRUPO VESBPI. Unitat de Recerca en Resultats en Salut. Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona<sup>1</sup>. Health

Outcomes Research Europe<sup>2</sup>. Cátedra y Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Universidad de Salamanca<sup>3</sup>. Grupo Ferrer Internacional<sup>4</sup>. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid<sup>5</sup>. Unidad del dolor. Hospital Virgen de las Nieves. Granada<sup>6</sup>. Servicio de Oncología Hospital Vall d'Hebron. Barcelona<sup>7</sup>. University of Wisconsin-Madison, EE.UU<sup>8</sup>. Validación española del cuestionario *Brief Pain Inventory* en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)* 2003;120:52-9.

BAÑOS-DÍEZ JE, GUARDIOLA-PEREIRA E. Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. Dificultades en la traducción de los adjetivos del dolor: el caso del *breakthrough pain*. *Aten Primaria* 2003;31:617-8.

BASSOLS A, BOSCH F, CAMPILLO M, BAÑOS JE. Departamento de Farmacología, Terapéutica y Toxicología. Facultad de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona). El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gac Sanit* 2003;17:97-107.

CALDERÓN E, PERNIA A, ROMÁN MD, PÉREZ AC, TORRES LM. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Analgesia y sedación para la realización de la técnica de anestesia subaracnoidea: estudio comparativo entre remifentanilo y fentanilo-midazolam. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2003;50:121-5.

CALLEJAS-RUBIO JL, FERNÁNDEZ-MOYANO A, NAVARRO-HIDALGO D, PALMERO-PALMERO C.

Unidad de Medicina Interna. Servicio de Medicina. Hospital San Sebastián. Écija. Sevilla. Fentanilo transdérmico en el tratamiento de la fibromialgia. *Med Clin (Barc)* 2003;120:358-9.

CANO-GARCÍA FJ, RODRÍGUEZ-FRANCO L. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla. Sevilla. Validez de los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas –y de sus propuestas de modificación de 2002– en el diagnóstico de migraña y cefalea tensional. *Rev Neurol* 2003;36:710-4.

DIB M, MASSIOU H, WEBER M, HENRY P, GARCÍA-ACOSTA S, BOUSSER M. Efficacy of oral ketoprofen in acute migraine: a double-blind randomized clinical trial. *Headache* 2003;43:299.

\*ELORZA-FERNÁNDEZ MD. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Dolor en el recién nacido. *An Pediatr (Barc)* 2003;58:293-5.

FERNÁNDEZ C, SALA X, PLAZA A, LÓPEZ A, CELMÍN M, GOMAR C. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Corporació Sanitaria Clínic. Universitat de Barcelona. Analgesia epidural con ropivacaína frente a bupivacaína en perfusión continua para tratamiento del dolor del parto. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2003;50:70-6.

FERRÀ-VERDERA M, RIBERA-LECLERC H, GARRIDO-PASTOR JP. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. Dos casos de meralgia parestésica del nervio femorocutáneo. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2003;50:154-6.

FIGUEIRA-MOURE A, PENSADO-CASTIÑEIRAS A, VÁZQUEZ-FIDALGO A, ET AL. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. Extubación precoz con morfina caudal tras cirugía cardíaca pediátrica. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2003;50:64-9.

FORNER-CORDERO I, MUDARRA-GARCÍA J, FORNER-VALERO JV, VILAR-DE LA PEÑA R. Departamento de Rehabilitación. Hospital Universitario La Fe. Valencia. The role of upper limb surgery in tetraplegia. *Spinal Cord* 2003;41:90-6.

GARCÍA-COSÍO-MIR F. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. Unidades de dolor torácico: ¿urge su desarrollo? *Rev Esp Cardiol* 2003;56:218-9.

GARCÍA-DEL POZO J, CARVAJAL A, GRAJAL C, VERA E, DEL PINO A. Instituto de Farmacoepidemiología. Universidad de Valladolid. Antimigraine

drug consumption in Spain (1990-2000). *Acta Neurol Scand* 2003;107:158-60.

GÓMEZ-CHIARI M, TUSELL-PUIGBERT J, ORTEGA-ARAMBURU J. Servicio de Hematología y Oncología. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. Depranocitosis: experiencia de un centro. *An Pediatr (Barc)* 2003;58:95-9.

Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? *Aten Primaria* 2003;31:473-7.

GUASCH-AREVALO E, SUÁREZ-COBIÁN A. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Maternal "La Paz". Madrid. Recuento plaquetario y punción hemática con el bloqueo epidural en obstetricia. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2003;50:130-4.

GUTIÉRREZ-DEL RIO C, CAMPOAMOR-SERRANO MT, SARO-GISMER C, GARCÍA-LÓPEZ R, MORÍS-DE LA TASSA J. Sección de Medicina Interna y Digestivo. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. Dolor torácico y colitis ulcerosa. *An Med Interna* 2003;20:219-21.

IBARROLA M, PINILLA J, JIMÉNEZ F, CAMPOS C. Servicios de Medicina Interna y Neurofisiología Clínica. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño. Fiebre y cefalea de cinco días de evolución progresando en 48 horas a agitación psicomotriz. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003;21:155-6.

JIMÉNEZ-MURILLO L, GARCÍA-CASTRILLO-RIESGO L, BURILLO-PUTZE G, MONTERO-PÉREZ J, CASADO-MARTÍNEZ JL. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Unidades de dolor torácico y urgencia. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:217-8.

\*LÁZARO C<sup>1</sup>, CASERAS X<sup>2</sup>, TORRUBIA R<sup>2</sup>, BAÑOS JE<sup>1</sup>. Departamento de Farmacología, de Terapéutica y de Toxicología<sup>1</sup>. Departamento de Psiquiatría y Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona<sup>2</sup>. Medida del dolor postoperatorio: análisis de la sensibilidad de diversos instrumentos de autovaloración. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2003;50:230-6.

LEZA JC. Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid. Fibromialgia: un reto también para la neurociencia. *Rev Neurol* 2003;36:1165-75.

LÓPEZ-BASTIDA J, SERRANO-AGUILAR P, DUQUE-GONZÁLEZ B. Servicio de Evaluación y Planificación. Servicio Canario de Salud. Los costes so-

cioeconómicos de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer en las Islas Canarias en 1998. *Gac Sanit* 2003;17:210-7.

MALUENDA-CARRILLO C, VALVERDE-MORENO F, BODAS-PINEDO A, ALEO-LUJÁN E, BORRAZ-TORCA JJ, GIL-LÓPEZ C. Departamento de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Pankreatitis: revisión de nuestra casuística en los últimos 10 años. *An Pediatr (Barc)* 2003;58:438-42.

MARTÍNEZ-NAVAS A, VAZQUÉZ-GUTIÉRREZ T, ECHEVARRÍA-MORENO M. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. Bloqueo poplíteo continuo con ropivacaína mediante catéter estimulante para analgesia postoperatoria tras cirugía del pie. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2003;50:188-91.

\*MILLÁN-MILLÁN MJ<sup>1</sup>, REINOSO-BARBERO F<sup>1</sup>, DÍAZ-MIGUEL MP<sup>2</sup>, GARCÍA-CONSUEGRA J<sup>3</sup>, PASCUAL-PASCUAL SI<sup>4</sup>, OLSEN-GONZÁLEZ B<sup>5</sup>, CARCELLER-BENITO F<sup>6</sup>. Servicios de Anestesiología Pediátrica<sup>1</sup>, Oncología Pediátrica<sup>2</sup>, Reumatología Pediátrica<sup>3</sup>, Neurología Pediátrica<sup>4</sup>, Traumatología Pediátrica<sup>5</sup> y Neurocirugía Pediátrica<sup>6</sup>. Análisis de las características clínicas de los pacientes con dolor crónico tratados por la unidad de dolor infantil: dolor oncológico frente a no oncológico. *An Pediatr (Barc)* 2003;58:296-301.

MORAL-TURIEL M, BERMÚDEZ-MONTÓN JL, SAHAGÚN-DE LA LASTRA J, AGUIRREBENGOA-OLARÁN M, YUSTE-PASCUAL JA. Hospital Universitario 12 de Octubre. Centro Materno Infantil. Madrid. El remifentanilo como amortiguador de la respuesta al estrés en la cesárea bajo anestesia general. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2003;50:113-4.

NOVAL-MENÉNDEZ J, GARCÍA-ALCALDE-FERNÁNDEZ ML, NUÑO-MATEO FJ, GONZÁLEZ-FRANCO A. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón. Mujer de 65 años de edad con dolor laterocervical izquierdo y fiebre de una semana de evolución. *Rev Clin Esp* 2003;203:209-10.

NOVOA L, NAVARRO-EGEA M, VIEITO-AMOR M, HERNÁNDEZ-INIESTA J, ARXER A, VILLALONGA A. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona. Analgesia y anestesia obstétrica con remifentanilo a una paciente con enfermedad de von Willebrand. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2003;50:242-4.

PABLO-JÚLVEZ LE, PÉREZ-OLIVÁN S, FERRERAS-AMÉD A, LARROSA-POVES JM, GÓMEZ-MARTÍNEZ ML, HONRUBIA-LÓPEZ FM. Unidad de Glau-

coma. Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Anestesia tópica versus anestesia de contacto en la trebeculectomía convencional. Estudio prospectivo aleatorizado. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2003;78:251-6.

REDONDO-CAPAFONS S, GARRIGA-BIOSCA M, PLA-POBLADOR R. Servicio de Farmacia. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona. Seguimiento de la utilización de antidepresivos en un hospital de agudos. *Farm Hosp* 2003;27:101-4.

VÁZQUEZ-RONCO MA, MORTERUEL-ARIZKUREN E, GARCÍA-OJEDA E, MINTEGUI-RASO S, CAPAPEZACHE S, BENITO-FERNÁNDEZ J. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo (Vizcaya). Rendimiento de la ecografía abdominal en el diagnóstico de apendicitis aguda. *An Pediatr (Barc)* 2003;58:556-61.

VILLAREJO-ORTEGA FJ, TORRES-CAMPA-SANTAMARINA JM, BENCOSME-ABINADER JA, ET AL. Departamento de Neurocirugía. Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid. Hernia discal lumbar en adolescentes. *Rev Neurol* 2003;36:514-7.

**BADIA X<sup>1,2</sup>, MURIEL C<sup>3</sup>, GRACIA A<sup>4</sup>, NÚÑEZ-OLARTE JM<sup>5</sup>, PERULERO N<sup>2</sup>, GÁLVEZ R<sup>6</sup>, CARULLA J<sup>7</sup>, CLEELAND CS<sup>8</sup>, en nombre del GRUPO VESBPI.**

**Unitat de Recerca en Resultats en Salut. Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona<sup>1</sup>. Health Outcomes Research Europe<sup>2</sup>. Cátedra y Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Universidad de Salamanca<sup>3</sup>. Grupo Ferrer Internacional<sup>4</sup>. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid<sup>5</sup>. Unidad del dolor. Hospital Virgen de las Nieves. Granada<sup>6</sup>. Servicio de Oncología Hospital Vall d'Hebron. Barcelona<sup>7</sup>. University of Wisconsin-Madison, EE.UU<sup>8</sup>.**

**Validación española del cuestionario *Brief Pain Inventory* en pacientes con dolor de causa neoplásica.**

**Med Clin (Barc) 2003;120:52-9.**

Aparte de los indicadores clínicos para evaluar el tratamiento oncológico, se tiene en cuenta cada vez más el impacto de la enfermedad mediante indicadores valorados por el propio paciente a través de preguntas dirigidas o cuestionarios estandarizados, como el grado de bienestar y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Uno de los aspectos de la CVRS de los pacientes que se ve más afectado por la enfermedad oncológica es el dolor.

La importancia de la evaluación del dolor en pacientes oncológicos explica la creciente utilización de escalas de evaluación del dolor en la investigación clínica. Los tres tipos de escalas más utilizadas son las escalas de descripción verbal (EDV), las escalas visuales analógicas (EVA) y las escalas numéricas (EN), que informan de la percepción de la intensidad del dolor sin tener en cuenta otros aspectos importantes. Para evaluar tanto la intensidad como el tipo y la repercusión del dolor en las actividades de la vida se han desarrollado distintos instrumentos de medición como el *McGill Pain Questionnaire* (MGPQ) o el *Wisconsin Brief Pain Questionnaire* (BPQ), que se denominó *Brief Pain Inventory* (BPI) en un estudio de validación posterior. El BPI es un cuestionario autoadministrado y de fácil comprensión que contiene dos dimensiones: la "intensidad del dolor" (4 ítems) y la "interferencia en las actividades" (7 ítems), y se encuentra validado en varios idiomas pero no en España. En vista de ello, los autores llevan a cabo el presente estudio con el fundamento y objetivo de validar la versión española del cuestionario *Brief Pain Inventory* (BPI) para medir la intensidad del dolor de causa neoplásica y su impacto en las actividades de la vida diaria en pacientes con cáncer. Con esta finalidad se diseñó un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico realizado en los servicios de oncología, unidades de dolor o cuidados paliativos de 9 centros hospitalarios españoles. Se incluyó consecutivamente a pacientes con dolor de origen neoplásico de cualquier tipo, distribuidos en dos grupos según el grado de control del dolor oncológico evaluado a partir del Índice del Manejo del Dolor (IMD). (Grupo A = control adecuado del dolor, IMD = 0; grupo B = con dolor crónico no controlado, IMD inferior a 0). Para evaluar la fiabilidad y validez del BPI, los pacientes fueron entrevistados en dos ocasiones: una primera visita en el momento de la inclusión y una segunda visita a los 3-5 días para los pacientes del grupo A, y a los 30 días para los pacientes del grupo B. Los pacientes en la visita de inclusión cumplieron los cuestionarios BPI (Cuestionario Breve del Dolor o CBD en español) y el *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL), ya validado recientemente en español que se utilizó como estándar de comparación. El CBD se repitió a los 3-5 días en los pacientes clínicamente estables de su dolor de origen neoplásico (grupo A) y ambos cuestionarios se repitieron al mes en los pacientes no estables de su dolor (grupo B). Se incluyó a un total de 126 pacientes, de edad media (DE) de 61,7 (12) años, el 72,3% de los cuales eran varones. El 85,1% había sufrido algún episodio de dolor inter-

currente en las 24 h previas al inicio del estudio. El 86,5% de los pacientes completó el CBD en su totalidad. Las puntuaciones del CBD se correlacionaron con la percepción del paciente de la intensidad máxima del dolor y con la presencia de tumor diseminado. La dimensión "síntomas psicológicos" del RSCL fue la que presentó mayor correlación con las dimensiones del CBD ("intensidad del dolor" e "interferencia en las actividades"). La consistencia interna de las dimensiones fue buena (0,87 y 0,89), y la fiabilidad *test-retest* entre baja y moderada (0,53 y 0,77). El CBD ha demostrado ser un instrumento capaz de detectar cambios en el nivel de dolor. Los cambios observados en las dos dimensiones del CBD entre las dos visitas de estudio reflejan los cambios percibidos por el propio paciente en la intensidad del dolor. Los autores concluyen que la versión adaptada al español del CBD ha demostrado ser un cuestionario válido para medir la intensidad del dolor de causa neoplásica y su impacto en las actividades de la vida diaria, en condiciones de práctica clínica habitual. En resumen, el presente estudio ha permitido validar la versión española del CBD, que en términos generales ha demostrado buena validez y consistencia interna, con resultados similares a los obtenidos en otras versiones. Sin embargo, la fiabilidad *test-retest* observada en la dimensión "intensidad del dolor" ha sido ligeramente inferior a los estándares psicométricos. Dichos resultados confirman la utilidad del CBD como medida del impacto y repercusión del dolor en pacientes oncológicos, y por tanto la utilidad de esta herramienta en la práctica clínica y en los estudios de investigación clínica, reflejando una vez más que el control del dolor en pacientes oncológicos es uno de los parámetros más importantes para su bienestar psíquico, independientemente del tipo y estadio de la enfermedad.

**ELORZA-FERNÁNDEZ MD.**

**Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.**

**Dolor en el recién nacido.**

**An Pediatr (Barc) 2003;58:293-5.**

El autor presenta un artículo editorial en el que plantea una serie de preguntas relativas al dolor en el recién nacido, cuestionándose si ésta debe ser la práctica clínica habitual. Asimismo, indica que quedan muchas incógnitas sobre el papel del dolor en la evolución posterior y la aproximación diagnóstica y terapéutica debe ser objeto de continuos estu-

dios. Además, el dolor se puede entender como un poderoso estímulo que ayuda a crear comportamientos primitivos de supervivencia y enseña al niño a evitar el peligro. *¿Los recién nacidos sienten dolor?* Aunque el recién nacido no puede verbalizar el dolor, existe evidencia suficiente para afirmar que antes de las 28 semanas de gestación el feto ha desarrollado todos los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales necesarios para percibir el dolor y responder ante el mismo, aunque la vía inhibitoria descendente nociceptiva no está funcionalmente madura hasta varias semanas o meses después del nacimiento. Los recién nacidos prematuros y a término demuestran respuesta fisiológica y hormonal al dolor, con menor umbral del dolor a menor edad gestacional. *¿Qué causa dolor a un recién nacido?* Estímulos dolorosos agudos que se utilizan durante su cuidado con fines diagnósticos y terapéuticos (extracción de sangre, canalización de vías, intubación, etc.) procedimientos de cuidado o exploraciones (colocación de sondas, cambios posturales, retirada de cintas adhesivas), dolor continuo por situaciones patológicas (postoperatorio, etc.). Otros estímulos nociceptivos prolongados que se perciben como dolor crónico. *¿Cómo podemos medir el dolor y por qué es importante medirlo?* Valorando cambios en el comportamiento (expresión facial, movimientos del cuerpo, llanto) y/o medidas fisiológicas (frecuencias cardíaca y respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno, tono vagal, sudoración palmar, niveles en plasma de cortisol y catecolaminas). Se están investigando la validez y fiabilidad de escalas de medidas del dolor en el recién nacido a término y/o prematuro ante distintos estímulos dolorosos, y su significación clínica. Un grupo de consenso recomienda evaluar y documentar el dolor del recién nacido cada 4 ó 6 h utilizando métodos estandarizados de evaluación del dolor con evidencia de validez, fiabilidad y utilidad clínica, y que sean sensibles a niños de diferente edad gestacional y con dolor agudo, recurrente o continuo. *¿Por qué debemos prevenir y tratar el dolor?* Existen datos que demuestran que el recién nacido a corto plazo experimenta con el dolor un estado de catabolismo, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, de la presión arterial, secreción de catecolaminas, glucagón y cortisol, alteración del comportamiento y aumento de la vulnerabilidad del prematuro a lesiones neurológicas graves. A largo plazo, el dolor repetido puede tener impacto en el desarrollo neurológico. El dolor precoz puede alterar la respuesta afectiva y de comportamiento durante procesos dolorosos posteriores. *¿Cómo podemos prevenir y/o tratar el*

*dolor?* Recientemente, un grupo internacional de expertos ha elaborado un documento de consenso con recomendaciones sistemáticas de utilidad. Las medidas generales se centran en prevenir evitando el estímulo doloroso recurrente y minimizando los procedimientos dolorosos; disminuir estímulos agresivos innecesarios, utilizar medidas simples de confort (uso del chupete) y administrar sacarosa oral. En caso necesario, administrar fármacos analgésicos elegidos cuidadosamente. *¿Es seguro el tratamiento farmacológico del dolor en el recién nacido?* El autor cuestiona si se debe asumir o aceptar el riesgo de los efectos del dolor o de los efectos secundarios de los fármacos. Los efectos del empleo de analgésicos o sedación durante el período neonatal en el desarrollo neurológico y en la evolución psicológica no han sido bien estudiados. Existen estudios en que no se encontraron diferencias. Hay que tratar de utilizar la mejor evidencia científica disponible para realizar una disminución segura y eficaz del dolor. *¿Cómo podemos mejorar la prevención y el tratamiento del dolor en nuestras unidades?* La falta de reconocimiento de la importancia de un tratamiento eficaz del dolor en el niño ha tenido como consecuencia que se hayan realizado pocos ensayos clínicos respecto a nuevos medicamentos y que se hayan desarrollado pocas técnicas analgésicas nuevas, excepto las destinadas a operaciones quirúrgicas y cuidados postoperatorios. Los objetivos de calidad de la asistencia neonatal deben incluir evitar el dolor y calmarlo con medidas de intensidad adecuada al estímulo doloroso. En este sentido, el autor se propone llevar a cabo en las unidades de neonatología programas de educación sobre el dolor neonatal, políticas de utilización de medidas del dolor del recién nacido e incorporar protocolos o guías clínicas.

**LÁZARO C<sup>1</sup>, CASERAS X<sup>2</sup>, TORRUBIA R<sup>2</sup>, BAÑOS JE<sup>1</sup>.**

**Departamento de Farmacología, de Terapéutica y de Toxicología<sup>1</sup>. Departamento de Psiquiatría y Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona<sup>2</sup>.**

**Medida del dolor postoperatorio: análisis de la sensibilidad de diversos instrumentos de autovaloración.**

**Rev Esp Anestesiología y Reanimación 2003;50:230-6.**

La utilidad de los métodos de autovaloración proviene de la propia naturaleza subjetiva del dolor. En el ámbito clínico, una de las características más deseables de los instrumentos de valoración del

dolor es la sensibilidad, definida como la capacidad para detectar variaciones en la intensidad de éste. Los autores llevan a cabo el presente estudio con el objetivo de establecer cuál de los instrumentos más comúnmente utilizados en nuestro medio para valorar el dolor muestra una mayor sensibilidad para detectar la presencia de diferencias en la intensidad del dolor postoperatorio. Así, se compara la sensibilidad de las escalas unidimensionales (escala visual analógica o EVA, escala verbal de intensidad del dolor o EVID) y multidimensionales (*McGill Pain Questionnaire-Spanish Version* o MPQ-SV), para detectar los cambios del dolor postoperatorio tras diferentes procedimientos quirúrgicos y analgesia postoperatoria. Las escalas unidimensionales pretenden evaluar principalmente la intensidad, una variable que refleja una síntesis del conjunto de elementos que constituyen la experiencia dolorosa. Los instrumentos multidimensionales fueron creados para superar en lo posible tales limitaciones. El MPQ-SV es quizás el instrumento que ha demostrado poseer cualidades psicométricas más adecuadas. Su estructura taxonómica incluye las distintas categorías del dolor (sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitiva-evaluativa) y así, a su vez, valora la intensidad del dolor y su impacto afectivo. En el presente estudio se estudiaron 42 pacientes con una proporción idéntica respecto a género y edad media (DE) de 48,1 (15,8) con un rango de 22-75, que fueron intervenidos de histerectomía (7), cesárea (7), hernia inguinal (16), colecistectomía subcostal (8) y laparotomía media (4). Los pacientes recibieron analgesia postoperatoria en forma de petidina 1 mg/kg e.v. cada 4 h (n = 22) o diclofenaco 10 mg i.m. cada 12 h (n = 20). Se evaluó el dolor postoperatorio en dos ocasiones para cada paciente. La primera a las 24 h de la intervención quirúrgica y la segunda a las 48 h (n = 27) o 72 h (n = 15), utilizando los instrumentos EVA, EVID y MPQ-SV. La EVID consiste en cinco descriptores (dolor leve, moderado, fuerte, muy fuerte e insoportable) y la EVA de 100 mm, con las expresiones "no dolor" en el extremo izquierdo y "el máximo dolor posible" en el extremo derecho. El MPQ-SV se administró mediante lectura por parte del entrevistador de los descriptores de cada subclase, obteniendo los parámetros habituales: suma de rangos Total, Sensorial, Afectiva y Evaluativa, número de palabras escogidas Total, Sensorial y Afectiva. Las puntuaciones de dolor medidas por todas las escalas disminuyeron entre las dos valoraciones realizadas en cada paciente y estas diferencias fueron significativas para todos los parámetros analizados del MPQ-SV, la EVA y la EVID. Todas las

escalas fueron útiles para valorar el dolor postoperatorio, produciendo estimaciones de dolor sensibles a las variaciones que se producen durante los días subsiguientes a la intervención. No obstante, el MPQ-SV fue capaz de determinar la distinta capacidad algógena de los procedimientos quirúrgicos empleados con más eficacia que las escalas unidimensionales. Del mismo modo, el MPQ-SV fue capaz de discriminar las diferencias cualitativas y cuantitativas que existen entre los mecanismos de acción entre fármacos opioides y AINE, sin que las escalas unidimensionales pudieran establecer diferencias dependientes del abordaje terapéutico empleado. En resumen, si bien todos los instrumentos mostraron su sensibilidad para detectar las diferencias en el dolor postoperatorio, los autores concluyen que el presente estudio confirma que el MPQ-SV es un instrumento sensible para valorar el dolor postoperatorio a partir de las 24 h de la intervención y tiene la ventaja adicional sobre los instrumentos unidimensionales de ser más sensible para detectar cambios en la intensidad del dolor en diversos tipos de intervenciones quirúrgicas y de tratamientos.

**Millán-Millán MJ<sup>1</sup>, Reinoso-Barbero F<sup>1</sup>, Díaz-Miguel MP<sup>2</sup>, García-Consuegra J<sup>3</sup>, Pascual-Pascual SI<sup>4</sup>, Olsen-González B<sup>5</sup>, Carceller-Benito F<sup>6</sup>.**

**Servicios de Anestesiología Pediátrica<sup>1</sup>, Oncología Pediátrica<sup>2</sup>, Reumatología Pediátrica<sup>3</sup>, Neurología Pediátrica<sup>4</sup>, Traumatología Pediátrica<sup>5</sup> y Neurocirugía Pediátrica<sup>6</sup>.**

**Análisis de las características clínicas de los pacientes con dolor crónico tratados por la unidad de dolor infantil: dolor oncológico frente a no oncológico.**

**An Pediatr (Barc) 2003;58:296-301.**

A pesar de que en los últimos años se ha asistido a un innegable avance en los conocimientos científicos disponibles sobre el dolor crónico en niños, estos avances no se han trasladado al campo asistencial. En el presente estudio los autores describen la experiencia de una unidad de dolor infantil (UDI) dedicada específicamente al control del dolor crónico en el niño. Para ello, se realizó un estudio analítico, observacional, retrospectivo de tipo cohortes, de las características clínicas de los 42 primeros pacientes tratados de dolor crónico en una UDI durante un período de 2 años. Los datos recogidos se clasificaron por: edad, sexo, duración del dolor antes de acudir a la UDI, servicio consultante, tipo de dolor, fármacos usados, duración del tratamiento y eficacia de reducción del dolor (esca-

la analógica visual [VAS] inicial/VAS final  $\times 100$ ). Los 42 pacientes se dividieron en 2 grupos: los que padecían dolor crónico oncológico o dolor crónico no oncológico. Se realizó un análisis estadístico de la varianza (ANOVA) para variables cuantitativas y chi cuadrado ( $X^2$ ) para variables cualitativas. El grupo de pacientes con dolor crónico no oncológico estaba constituido por 22 pacientes (10 mujeres, 12 varones). El grupo de dolor crónico oncológico estaba compuesto por 20 pacientes (7 mujeres y 13 varones). No se apreciaron diferencias significativas entre los 2 grupos en las variables demográficas de edad y sexo estudiadas. Tampoco se observaron diferencias significativas en cuanto a tipo de tratamientos empleados, la efectividad y el grado de cumplimiento. Sí existieron diferencias en cuanto a la duración del tratamiento, que fue mayor en el grupo de dolor crónico no oncológico ( $74,2 \pm 111$  días frente a  $37,5 \pm 57$  días en el grupo de dolor crónico oncológico;  $p < 0,008$ ). También se constataron diferencias en cuanto a la duración del dolor crónico no oncológico antes de acudir a la UDI ( $557 \pm 814$  días, frente a  $34 \pm 64$  días en el grupo de dolor crónico oncológico), el cual además influ-

yó en la efectividad del tratamiento ( $r = 0,781$ ;  $p < 0,0001$ ) y en la duración del mismo ( $r = 0,601$ ;  $p = 0,0051$ ). Sin embargo, la duración del dolor crónico oncológico (media, 34 días) fue significativamente menor ( $p < 0,0067$ ) y no influyó ni en la efectividad ni en la duración del tratamiento. En resumen, los autores concluyen que la población pediátrica también presenta síndromes dolorosos crónicos que se pueden tratar correctamente en una UDI con fármacos analgésicos convencionales de fácil manejo. No se producen efectos secundarios graves que obliguen a la retirada del tratamiento con parecido grado de cumplimiento terapéutico en ambos grupos. En la mayoría de los casos se trata de un dolor de duración intermedia con buen control. Los pacientes pueden ser tratados fácilmente con un esquema asimilable al de las unidades de dolor agudo del adulto. Finalmente, dado que el dolor crónico infantil es un problema clínico existente, se recomienda el desarrollo de unidades de tratamiento del dolor infantil específicas con un esquema asimilable al de las unidades de dolor crónico del adulto y con un abordaje multidisciplinario para contribuir a mitigar el sufrimiento en los niños.