

PAIN & SPAIN

DOLOR 2004;19:47-50

LUÍSA 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 2003/10/16 a 2004/01/10), en continuidad a la búsqueda anterior [DOLOR 2003;18(4):224-9]. 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.

BALSA A, CARMONA L, GONZÁLEZ-ÁLVARO I, BELMONTE MA, TENA X, SANMARTÍ R. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid. Value of Disease Activity Score 28 (DAS28) and DAS28-3 compared to American College of Rheumatology-defined remission in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2004;31:40-6.

GARCÍA-PORRUA C, ARMESTO V, MANANA P, GONZÁLEZ-GAY MA. División de Reumatología. Hospital Xeral-Calde, Lugo. Fatigue fractures suggesting clinical monarthritis. *Arthritis Rheum* 2003;49:741-4.

*GONZÁLEZ-URZELAI V^{1,2}, PALACIO-ELUA L¹, LÓPEZ-DE-MUNAIN J². Centro de Salud Gazteleku¹. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia². Servicio Vasco de Salud, Bilbao. Routine primary care management of acute low back pain: adherence to clinical guidelines. *Eur Spine J* 2003;12:589-94.

MENÉNDEZ-GONZÁLEZ M, GARCÍA C, SUÁREZ E, FERNÁNDEZ-DÍAZ D, BLÁZQUEZ-MENES B. Servicio de Neurología 1. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio Asturiano de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Oviedo. Asturias. Síndrome de Walleberg secundario a disección de la arteria vertebral por manipulación quiropráctica. *Rev Neurol* 2003;37:837-9.

*PONS F, FUSTER D, VIDAL-SICART S. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic, Barcelona. Tratamiento paliativo del dolor óseo metastásico. *Rev Esp Med Nucl* 2003;22:429-38.

*SATURNO PJ¹, MEDINA F², VALERA F², MONTILLA J², ESCOLAR P², GASCÓN JJ¹. Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva¹. Departamento

de Fisioterapia². Universidad de Murcia, Murcia. Validity and reliability of guidelines for neck pain treatment in primary health care. A nationwide empirical analysis in Spain. *Int J Qual Health Care* 2003;15:487-93.

VALERO A, ENRIQUE E, BALTASAR M, CISTERÓ A, MARTÍ E, PICADO C. Servicio de Neumología y Alergia Respiratoria. Hospital Clínic, Barcelona. Celecoxib en pacientes con reacciones adversas cutáneas y respiratorias a los antiinflamatorios no esteroideos. *Med Clin (Barc)* 2003;121:695-6.

*ZARAUZA J¹, RODRÍGUEZ-LERA MJ², CEBALLOS B², PIEDRA L², DIERSSEN T², PÉREZ J¹. Servicio de Cardiología¹. Servicio de Urgencias². Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria. Seguimiento a un año de los pacientes dados de alta de una unidad de dolor torácico. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:1137-40.

GONZÁLEZ-URZELAI V^{1,2}, PALACIO-ELUA L¹, LÓPEZ-DE-MUNAIN J²

Centro de Salud Gazteleku¹. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia². Servicio Vasco de Salud, Bilbao

Routine primary care management of acute low back pain: adherence to clinical guidelines

Eur Spine J 2003;12:589-94

El dolor lumbar agudo continúa siendo un problema de gran importancia en los países occidentales industrializados. En España, la población general lo percibe como el problema de salud número uno. Uno de los mayores retos para los médicos generalistas es tratar apropiadamente individuos con dolor

lumbar agudo con el fin de reducir el riesgo de cronicidad. Los autores diseñaron este trabajo con los siguientes objetivos: 1) determinar las características actuales de los procedimientos diagnósticos y tratamiento adecuado del dolor lumbar agudo en los servicios de asistencia primaria del País Vasco; 2) evaluar la adecuación de los modelos prácticos existentes, de conformidad con las directrices publicadas en la literatura médica, y 3) identificar las características del paciente asociadas a la utilización apropiada de los recursos médicos. Para ello, los autores diseñaron un estudio prospectivo en el que participaron 24 médicos de familia de centros de atención primaria del Servicio Vasco de Salud en Vizcaya, País Vasco. Se incluyeron un total de 105 pacientes de edad comprendida entre 18 y 65 años –media (DS) 45 (12,9)– que consultaron por dolor lumbar agudo durante un período de hasta 6 meses (entre octubre 1998 y marzo 1999). El 59,1 % eran mujeres. Inmediatamente tras la consulta, un asistente de investigación llevó a cabo una entrevista clínica con el paciente, que respondió a un cuestionario estructurado estándar. Se recogieron datos sobre historia médica, situación de empleo, actividades y tipo de vida, estado psicosocial, características del dolor y discapacidad. Durante la entrevista se practicó también un examen médico a dichos pacientes. Asimismo, se les preguntaron detalles sobre su visita al médico de familia, las pruebas de diagnóstico realizadas, referencia a cuidados especiales, tratamiento recomendado y si habían recibido información médica. Los cuidados del paciente proporcionados por el médico de familia se compararon con las directrices de la *Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)*, y por las directrices de la *Royal College of General Practitioners*. De los 105 pacientes incluidos, únicamente 102 completaron el estudio. El 15% no tenía historia clínica, los datos anamnésticos se obtuvieron solamente en el 26,7%, y los resultados del examen físico en el 32,4%. El procedimiento diagnóstico mostró una baja proporción de uso apropiado de la historia (27%), examen físico (32%), radiografías lumbares (31%), y referencias a cuidados especializados (33%). Aunque el procedimiento terapéutico mostró una adecuada proporción relativamente alta en la movilización precoz (77%) y en la información educacional (65%), solamente a un 23% de los pacientes se les informó acerca del curso benigno del dolor de espalda. Los autores concluyen que el tratamiento del dolor lumbar agudo en los servicios de asistencia primaria está lejos de estar en conformidad con las directrices publicadas, con infrautilización, en particular,

de la historia, examen físico y radiografías lumbares. Como resultado, mientras que algunos pacientes no reciben el tratamiento adecuado, otros pueden estar expuestos a las consecuencias negativas de pruebas y tratamientos innecesarios.

PONS F, FUSTER D, VIDAL-SICART S

Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic, Barcelona

Tratamiento paliativo del dolor óseo metastásico

Rev Esp Med Nucl 2003;22:429-38

Las metástasis óseas son una complicación frecuente en los pacientes oncológicos. El dolor óseo secundario a crecimiento tumoral metastásico es el dolor más difícil de tratar en estos pacientes. Las neoplasias que con mayor frecuencia se asocian a este tipo de metástasis son el cáncer de próstata, mama y pulmón, aunque también hay que destacar el cáncer de tiroides, cáncer de riñón, los tumores gastrointestinales y el linfoma. El objetivo del tratamiento es la paliación del dolor, con el fin de mejorar en lo posible la calidad de vida para el paciente. Los autores exponen la situación actual del tratamiento del dolor óseo metastásico, puntualizando a modo de resumen los distintos puntos clave en los diferentes aspectos del estudio. 1. Tratamiento del dolor óseo metastásico: el tratamiento del dolor óseo metastásico es multidisciplinar e incluye diferentes opciones terapéuticas, utilizadas de forma aislada, combinada o secuencial. 2. Radiofármacos: en España están registrados en la actualidad 2 radiofármacos para su uso asistencial: el ^{89}Sr (Metastron[®]) y el ^{153}Sm (Quadramet[®]). 3. Administración del tratamiento, criterios para su administración y precauciones: para poder realizar el tratamiento del dolor con radionúclidos, previamente debe demostrarse captación de radio-trazador en las lesiones óseas dolorosas mediante gammagrafía con $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -difosfonatos. 4. Contraindicaciones: el tratamiento no está indicado cuando hay una fractura patológica o existe compresión medular. En estos casos es preferible el uso de tratamientos con acción más rápida como la radioterapia externa o la cirugía. 5. Administración de la dosis: el ^{89}Sr y el ^{153}Sm se administran por vía endovenosa de forma ambulatoria. El paciente no precisa ninguna preparación especial previa. 6. Efectos indeseables: el principal efecto secundario es la toxicidad hematológica, con aparición de leucopenia y trombopenia que habitualmente se recuperan espontáneamente. 7. Valoración de la respuesta. Eficacia: la disminución del dolor empieza a los pocos días o a las 2 o 3 se-

manas después de la administración de la dosis, dependiente del radiofármaco utilizado. 8. La duración del efecto analgésico es variable y depende de la situación clínica del paciente y del radiofármaco utilizado. La duración media es de varios meses. 9. Retratamiento: puede repetirse el tratamiento, siempre que la primera dosis haya obtenido una respuesta satisfactoria en el control del dolor y se haya recuperado la función hematológica. 10. Costes: diferentes estudios han demostrado que el tratamiento del dolor óseo metastásico con radiofármacos se trata de una alternativa coste-efectiva. Los autores concluyen que parece evidente que el tratamiento del dolor óseo metastásico con radiofármacos está infrutilizado, y que los especialistas en Medicina Nuclear deben dar a conocer las ventajas de esta terapia y aplicarla a aquellos pacientes que más puedan beneficiarse de ella con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

SATURNO PJ¹, MEDINA F², VALERA F², MONTILLA J², ESCOLAR P², GASCÓN JJ

Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva¹. Departamento de Fisioterapia². Universidad de Murcia, Murcia

Validity and reliability of guidelines for neck pain treatment in primary health care. A nationwide empirical analysis in Spain

Int J Qual Health Care 2003;15:487-93

El dolor cervical es un problema de salud de alta prevalencia y con importante absentismo laboral. Los autores llevan a cabo el presente trabajo con el propósito de evaluar la variabilidad y la evidencia científica de las recomendaciones existentes para el tratamiento fisioterapéutico del dolor cervical y su seguimiento, tal y como figuran en las directrices recopiladas en España. Asimismo, los autores deseaban relacionar las recomendaciones basadas en la evidencia para determinar cuántas y cuáles de ellas no estaban incluidas en la documentación analizada. El objetivo final fue determinar si era necesario re-desarrollar los documentos existentes y progresar hacia el diseño de directrices de práctica clínica de mejor calidad. Para ello, los autores identificaron las directrices existentes a través de un censo a nivel nacional y relacionaron sus recomendaciones, agrupadas de acuerdo con las principales etapas de un diagrama de flujo. Para evaluar la fiabilidad analizaron la variabilidad de las declaraciones. Para analizar la validez los autores valoraron el tipo de evidencia científica que apoyaba las recomendaciones, y las

compararon con una lista de recomendaciones basadas en la evidencia que se elaboró para este estudio. Participaron en el estudio 24 centros de asistencia primaria que disponían de directrices para el tratamiento de dolor cervical y su seguimiento. Se cuantificaron el número de recomendaciones, la proporción de declaraciones válidas, las frecuencias de las recomendaciones no basadas en la evidencia, y la ausencia de recomendaciones basadas en la evidencia que se identificaron. Las 34 directrices identificadas contenían 325 recomendaciones, con gran variación entre directrices con respecto al número, tipo (hasta 26 diferentes decisiones clínicas) y contenido de las recomendaciones que proporcionaban. La evaluación directa de la evidencia científica no fue posible porque no se proporcionó referencia específica alguna en apoyo de ninguna recomendación. Cuando se compararon con la lista de los autores, solamente un 20,9% de las recomendaciones pudieron ser consideradas basadas en la evidencia. Ninguna de las directrices contenía las 8 recomendaciones basadas en la evidencia que fueron identificadas. En vista de los resultados del estudio, los autores cuestionan la fiabilidad y validez de las directrices y su utilidad en el aseguramiento de calidad. Finalmente, concluyen que las directrices deberían ser revisadas y rediseñadas con mayor rigor científico.

ZARAUZA J¹, RODRÍGUEZ-LERA MJ², CEBALLOS B², PIEDRA L², DIERSSEN T², PÉREZ J¹

Servicio de Cardiología¹. Servicio de Urgencias². Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria

Seguimiento a un año de los pacientes dados de alta de una unidad de dolor torácico

Rev Esp Cardiol 2003;56:1137-40

Las unidades de dolor torácico (UDT) se han desarrollado en un intento de tratar eficazmente a los pacientes con dolor torácico que acuden a los servicios de urgencias. En España existen pocos hospitales con este tipo de unidades y escasa información. Los autores analizan en el presente trabajo la evolución a medio plazo de los primeros 125 pacientes dados consecutivamente de alta en la UDT de su hospital, entre junio de 1999 y mayo de 2000, de un total de 410 que fueron evaluados mediante protocolo UDT. La unidad es funcional, integrada en el servicio de urgencias, con un protocolo mediante el cual son evaluados los pacientes con dolor torácico de origen incierto que, tras la valoración inicial, se considera de posible origen coronario. El proto-

colo incluye la observación sobre angina, cambios electrocardiográficos, elevación de los marcadores de necrosis, una prueba de esfuerzo (PE) o una gammagrafía miocárdica de estrés (en caso de no poder realizar una PE). Basándose en antecedentes de riesgo, presencia de enfermedad vascular previa, características del dolor y resultado de la PE, se establece el diagnóstico de cardiopatía isquémica (CI) probable (grupo I) o de dolor razonablemente no vascular (grupo II). Se controló a los pacientes durante 12 meses, recogiendo los siguientes acontecimientos adversos: muerte, infarto agudo de miocardio, ingreso por angina inestable y revascularización. De los 410 pacientes incluidos en el protocolo, 263 ingresaron por elevación de marcadores, nuevo episodio anginoso o cambios electrocardiográficos durante el período de evaluación, y 147 completaron la evaluación. De éstos, 22 ingresaron por PE positiva en 21, no concluyente en uno y los restantes 125 pacientes fueron dados de alta, 32 etiquetados de CI probable (grupo I) y 93 de dolor inespecífico razonablemente no vascular (grupo II). Durante el seguimiento no hubo ningún fallecimiento. En el grupo I, 28 pacientes tenían PE, positiva a alta carga en 15, negativa en 9 y no concluyente en 4. En 5 pacientes se hizo una gammagrafía que mostró defectos de captación en un territorio en 4 pacientes. Un paciente presentó infarto agudo sin elevación del segmento ST a los 15 días y 2 pacientes angina inestable a los 3 y 5 meses. No hubo eventos entre los pacientes con ergometría positiva o no concluyente. En el grupo II, 90 pacientes tenían PE, no concluyente en 5 y negativa en el resto. Se hizo gammagrafía en 6 pacientes y fue negativa en todos. Un paciente presentó infarto agudo sin elevación del segmento ST a los 9 meses y otro reingresó por angina inestable a los 12 meses. Los autores concluyen que los pacientes dados de alta en una UDT tienen un excelente pronóstico a medio plazo con una escasa incidencia de complicaciones. Este buen pronóstico también parece observarse en los pacientes con PE positiva de bajo riesgo.