

PAIN & SPAIN

DOLOR 2005;20:228-32

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 (en 10/11/2005) la base de datos MEDLINE (PubMed-NLM) (fecha de publicación de 30/06/2005 a 31/10/2005), en continuidad a la búsqueda anterior (Dolor 2005;20(3):166-9). 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.

ALDASORO E, ALONSO AP, RIBACOBIA L, et al. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Assessing quality of end-of-life hospital care in a southern European regional health service. *Int J Technol Assess Health Care* 2005;21:464-70.

ANDREU JL, SANZ J. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. La fibromialgia y su diagnóstico. *Rev Clin Esp* 2005;205:333-6.

*FORTUNY J¹, SILVERMAN D², MALATS N¹, et al. ¹Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Barcelona. ²Division of Cancer Epidemiology and Genetics. National Cancer Institute. Department of Health and Human Services. Bethesda. MD. Estados Unidos. Uso de analgésicos y ácido acetilsalicílico en un estudio multicéntrico en España. *Gac Sanit* 2005;19:316-20.

*GÁLVEZ R¹, REJAS J², PÉREZ M³, GÓMEZ M⁴. ¹Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Departamento de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Unidad Médica, Pfizer, SA. Madrid. ³Información Médica. Área Neurociencias. Unidad Médica. Pfizer, SA. Madrid. ⁴Salcewicz Biomedical Research. Jacksonville. Florida. Estados Unidos. Prevalencia del dolor neuropático en España: implicaciones clínicas, laborales y asistenciales. *Med Clin (Barc)* 2005;125:221-9.

GÓMEZ-HOZ T, REINOSO-BARBERO F, DE VICENTE JC, DURÁN P, CAMPO G, CASTRO LE. Servicio de Anestesia-Reanimación y Unidad de Dolor Infantil. Hospital Universitario «La Paz», Madrid. Baclofeno intratecal en niños con dolor crónico por espasticidad intensa: ventajas de la tunelización del

catéter en la fase diagnóstica. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2005;52:395-400.

GONZÁLEZ-GAY MA, BARROS S, LÓPEZ-DÍAZ MJ, et al. División de Reumatología. Hospital Xeral-Calde. Lugo. Giant cell arteritis: disease patterns of clinical presentation in a series of 240 patients. *Medicine (Baltimore)* 2005;84:269-76.

MARTÍNEZ-SELLES M, ORTIZ J, ESTÉVEZ A, ANDUEZA J, DE MIGUEL J, BUENO H. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Un nuevo índice de riesgo para pacientes con ECG normal o no diagnóstico ingresados en la unidad de dolor torácico. *Rev Esp Cardiol* 2005;58:782-8.

*MONTERO J¹, GUTIÉRREZ-RIVAS E², PARDO J³, NAVARRO C⁴. ¹Hospital de Bellvitge. Barcelona. ²Hospital Doce de Octubre. Madrid. ³Hospital Clínico Santiago de Compostela. ⁴Novartis Farmacéutica, SA. España. Estudio de prevalencia, incidencia y caracterización del dolor neuropático en consultas de neurología. Estudio PREVADOL. *Neurología* 2005;20:385-9.

PÉREZ-PAREJA J, BORRÁS C, SESE A, PALMER A. Departamento de Psicología. Universidad de las Islas Baleares. Palma de Mallorca. Pain perception and fibromyalgia. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33:303-10.

RASPALL-CHAURE M, DEL TORO-RIERA M, GRATACÓS M, et al. Sección de Neurología Infantil. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. Insensibilidad congénita al dolor con anhidrosis asociada a síndrome miasténico congénito. *Rev Neurol* 2005;41:218-22.

SÁNCHEZ HERNÁNDEZ AM, ATIENZA FERNÁNDEZ F, ARENAL MAÍZ A, et al. Servicio de Cardiolo-

gía. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. *Torsade de pointes* durante el tratamiento con metadona. *Rev Esp Cardiol* 2005;58:1230-2.

SANCHÍS J, BODI V, LLÀCER A, et al. Servei de Cardiologia. Hospital Clínic Universitari. València. Risk stratification of patients with acute chest pain and normal troponin concentrations. *Heart* 2005;91:1013-8.

SARASQUETA C, GABALDÓN O, IZA I, BELAND F, PAZ PM. Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Donostia. Donostia. Cross-cultural adaptation and validation of the NASS outcomes instrument in Spanish patients with low back pain. *Eur Spine J* 2005;14:586-94.

SLOF J, BADIA X, LÁINEZ-ANDRÉS JM, GALVÁN J, HERAS J. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra. Costes del manejo clínico de los efectos adversos torácicos y del sistema nervioso central asociados al tratamiento de las crisis agudas de migraña con triptanes orales. *Neurología* 2005;20:290-8.

*TOMÁS-VILA M¹, GARCÍA-PÉREZ A², MARTÍNEZ-GRANERO MA², et al. ¹Hospital Francisc de Borja de Gandia. Gandia. Valencia. ²Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. Variabilidad en el tratamiento de las cefaleas en las consultas de neuropediatría de seis hospitales españoles. *Rev Neurol* 2005;41:17-21.

UBIETO M, ABÓS M, TARDÍN A, et al. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Tratamiento del dolor óseo metastásico con Sm 153-EDTMP. Valoración de la respuesta analgésica y de la existencia de diferencias según el tipo de tumor y el patrón metastásico. *Rev Esp Med Nucl* 2005;24:297-304.

FORTUNY J¹, SILVERMAN D², MALATS N¹, et al.

¹Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Barcelona. ²Division of Cancer Epidemiology and Genetics. National Cancer Institute. Department of Health and Human Services. Bethesda. MD. Estados Unidos

Uso de analgésicos y ácido acetilsalicílico en un estudio multicéntrico en España

Gac Sanit 2005;19:316-20

En España, el paracetamol, el ácido acetilsalicílico (AAS) y el metamizol, ya sea solos o en combinación, representan la mayor parte de analgésicos y antiinflamatorios usados en la población general. Sin embargo, no es fácil encontrar información en la bibliografía científica que permita caracterizar la población española en cuanto al consumo de estos

fármacos, lo cual dificulta la valoración de la exposición observada en los grupos de control de los estudios farmacológicos poscomercialización. Los autores, con la intención de paliar este déficit, llevan a cabo el presente estudio para evaluar la prevalencia y las características principales de la exposición a paracetamol, metamizol y ácido acetilsalicílico (AAS) en los controles hospitalarios de un estudio multicéntrico de cáncer de vejiga. Para ello, realizan una matriz de principios activos analgésicos de uso frecuente en España durante los últimos 60 años. El estudio de casos y controles Epicuro se llevó a cabo entre los años 1998 y 2001 en 18 hospitales de cuatro áreas (Cataluña, Asturias, Alicante y Tenerife). Se incluyeron 1.220 casos incidentes de cáncer de vejiga y 1.271 controles hospitalarios emparejados individualmente por sexo, edad y área. El motivo de ingreso de los controles no se asoció con el uso crónico de analgésicos (principalmente, incluía traumatismos y cirugía menor y otros diagnósticos de enfermedades no asociadas con el uso habitual de analgésicos). El estudio pretendía evaluar, entre otras exposiciones, la posible influencia de la exposición a fármacos analgésicos y antiinflamatorios sobre el riesgo de cáncer de vejiga. La recogida de la información se realizó, por personal entrenado, mediante entrevista personal informatizada, y sin conocer la condición de caso o control del sujeto entrevistado. El cuestionario era extenso sobre variables de muy diversa índole. De los 1.271 controles del estudio original, 242 fueron excluidos, incluyendo en el presente análisis a 1.029 controles hospitalarios. El cálculo de las dosis acumuladas se realizó mediante la aplicación de una matriz diseñada *ad hoc* que contenía los principios activos (47 marcas comerciales de analgésicos y antiinflamatorios distintos) y las dosis a lo largo de los años de los medicamentos usados. Se utilizaron como fuentes de la composición histórica las publicaciones oficiales (Catálogo de Especialidades Farmacéuticas, Vademécum[®], prospectos publicitarios y comunicaciones de las empresas farmacéuticas productoras de los medicamentos), disponiendo de información casi completa desde la década de los años sesenta. Se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de las proporciones de uso, dosis acumulada y duración de uso de los tres fármacos de interés. También se utilizó un modelo de regresión logística no condicional para evaluar qué variables se asociaban de forma independiente con el consumo regular de los medicamentos estudiados y se calcularon las *odds ratio* (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95%. Globalmente, cerca de la mitad (50%) de los controles hospitalarios declaró haber consumido AAS, más

de una cuarta parte (29%) paracetamol, un 9% metamizol, y un 7% fenacetina. Las mujeres presentaron un mayor consumo crónico de medicación en comparación con los varones. Las diferencias entre sexos fueron estadísticamente significativas para paracetamol (OR = 1,91; IC del 95%, 1,30-2,80) y metamizol (OR = 2,58; IC del 95%, 1,49-4,47). El AAS fue el más usado por personas con educación secundaria o superior (OR = 2,10, IC del 95%, 1,52-2,93). Los usuarios de metamizol fueron significativamente más jóvenes que los no usuarios (OR = 0,42; IC del 95%, 0,28-0,62). El tabaquismo y la zona de residencia rural o urbana no se asociaron con diferencias significativas en el consumo de fármacos. De los resultados obtenidos, los autores indican que las prevalencias de uso de analgésicos y AAS en este estudio son parecidas a otras obtenidas en países del sur de Europa: AAS, entre el 3,1 y el 11% (8,3% en este estudio); paracetamol, entre el 3,2 y el 4,7% (5,1% en este estudio), y metamizol, entre el 1,7 y el 5,2% (2,0% en este estudio). En cambio, el uso crónico de AAS y paracetamol es bajo comparado con el de Estados Unidos o el norte de Europa (AAS, entre el 15 y el 19%, y paracetamol, entre el 6 y el 12%) (el metamizol no está disponible en estos países). Los hallazgos de este estudio parecen confirmar una menor utilización de analgésicos y de AAS en la población española adulta en comparación con poblaciones nórdicas o norteamericanas. Su uso depende del nivel educativo, de la edad y del sexo de los sujetos.

GÁLVEZ R¹, REJAS J², PÉREZ M³, GÓMEZ M⁴

¹Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Departamento de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Unidad Médica, Pfizer, SA. Madrid. ³Información Médica. Área Neurociencias. Unidad Médica. Pfizer, SA. Madrid. ⁴Salcewicz Biomedical Research. Jacksonville. Florida. Estados Unidos

Prevalencia del dolor neuropático en España: implicaciones clínicas, laborales y asistenciales

Med Clin (Barc) 2005;125:221-9

La Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor define en dolor neuropático (DN) como un dolor iniciado o causado por una lesión o disfunción primaria del sistema nervioso, ya sea periférico o central. Puede desencadenarse por un traumatismo, enfermedades como la diabetes *mellitus*, herpes zoster, cáncer o una lesión nerviosa química secundaria a fármacos, y también después de una amputación y otras técni-

cas quirúrgicas, entre ellas la mastectomía. Los autores llevan a cabo el presente trabajo con el objetivo de revisar la prevalencia del DN en España desde 1990 hasta 2004. Para ello, realizaron una revisión sistemática narrativa de la bibliografía científica sobre la prevalencia del DN en España y sus repercusiones clínicas, laborales y asistenciales. Se utilizaron las siguientes bases de datos biomédicas: PARDLARS (*Parke-Davis Literature Analysis and Retrieval System*), *Pfizer Product Bibliography Database*, Ovid MEDLINE, HealthSTAR, EMBASE, *Current Contents/Science Edition* y Cochrane, mediante palabras clave en cualquier parte del registro. Se buscaron también artículos adicionales a través de la búsqueda manual de las listas de referencia de los artículos seleccionados originalmente, así como datos no publicados del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la Encuesta Nacional de Salud 2001. Los estudios debían incluir datos epidemiológicos de prevalencia o incidencia de DN según la definición de la Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor o procesos de potencial neuropático en España; estar escritos en español o inglés, pero con referencia a datos españoles, y haber sido publicados entre enero de 1990 y abril de 2004. Se evaluaron un total de 99 publicaciones y se identificó un total de 43 artículos sobre prevalencia de DN o de procesos asociados a DN. El 35% de los trabajos incluidos estaba escrito en inglés. La media anual de publicaciones de estudios con datos de prevalencia en España sobre DN o procesos asociados en los últimos 15 años fue aproximadamente de tres. Las cifras de prevalencia oscilaron considerablemente según la población estudiada, definición de dolor o síndrome doloroso y tiempo de evolución. Los síndromes más frecuentemente encontrados en los artículos incluidos en esta revisión fueron las mononeuropatías y polineuropatías (42%), la esclerosis múltiple (35%) y síndromes de atrapamiento (16%). Algunos episodios de DN quedaron sin tratar. Un tercio de los pacientes con dolor de espalda en tratamiento analgésico tenía dolor de alta intensidad. Los autores indican que las publicaciones sobre DN en España analizadas en esta revisión ponen de manifiesto las enormes repercusiones clínicas, asistenciales y laborales que tiene para la población española. Los autores concluyen que la realización de estudios de prevalencia de DN en el futuro debería incluir criterios y definiciones comunes de trabajo. El reconocimiento de sus manifestaciones clínicas y la instauración de un tratamiento adecuado y temprano podrían minimizar las repercusiones clínicas, laborales y asistenciales. A pesar de la variedad de tipos, el DN es una entidad nosológica de alta prevalencia en España, que re-

quiere progresos adicionales tanto en lo referente a la unificación de criterios diagnósticos como en lo relativo a los niveles de éxito analgésico alcanzado.

MONTERO J¹, GUTIÉRREZ-RIVAS E², PARDO J³, NAVARRO C⁴

¹Hospital de Bellvitge. Barcelona. ²Hospital Doce de Octubre. Madrid. ³Hospital Clínico Santiago de Compostela. ⁴Novartis Farmacéutica, SA. España

Estudio de prevalencia, incidencia y caracterización del dolor neuropático en consultas de neurología. Estudio PREVADOL

Neurología 2005;20:385-9

El presente trabajo representa el primer estudio amplio, de ámbito nacional, sobre la prevalencia e incidencia del dolor neuropático (DN) en consultas de neurología. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el DN se define como un dolor iniciado o causado por una lesión o disfunción del sistema nervioso. No se produce por una estimulación fisiológica de los receptores del dolor, sino por una lesión o disfunción de las vías que conducen el dolor. Es uno de los tipos de dolor más complejo, dado que engloba diferentes etiologías, mecanismos fisiopatológicos y manifestaciones clínicas. Los autores llevan a cabo el presente estudio con los objetivos de estimar la prevalencia e incidencia de DN en consultas de neurología hospitalarias y extrahospitalarias, caracterizar el perfil del paciente con DN, y conocer los tratamientos más utilizados en el manejo farmacológico de este tipo de dolor. Para ello, realizan un estudio observacional, epidemiológico y transversal, en 36 consultas de neurología del territorio nacional, incluyendo 12 consultas de neurología hospitalarias y 24 consultas de neurología extrahospitalarias (denominadas de Atención Primaria en el protocolo del estudio PREVADOL). La muestra incluyó centros de la red sanitaria pública de las siguientes comunidades autónomas: Andalucía (6), Aragón (3), Canarias (3), Comunidad de Madrid (6), Comunidad Valenciana (6), Cataluña (6), Galicia (3), y País Vasco (3). Todas las 36 consultas seleccionadas eran de neurología general. El estudio se dividió en dos fases, aunque realizadas en el mismo período. En la fase I (estudio de prevalencia e incidencia en la población asistida), los investigadores recogieron durante 20 días laborables consecutivos los diagnósticos de los pacientes que acudieron a consulta por cualquier motivo, hasta un máximo de 30 pacientes/día. Paralelamente, en la fase II (estudio del perfil del paciente con DN), los investiga-

dores seleccionaron los primeros 20 pacientes consecutivos que acudieron a consulta por DN para su caracterización en profundidad mediante un cuestionario específico. Se recogieron 13.555 diagnósticos de un total de 12.688 pacientes atendidos en 713 días de consulta. El diagnóstico más frecuente fue migrañas/cefaleas, con una prevalencia del 23,4% (IC 95%: 22,6-24,1%). Durante el período del estudio, se atendieron 493 pacientes con DN, lo que representa el octavo diagnóstico más frecuente, con una prevalencia en consultas de neurología del 3,9% (IC 95%: 3,5-4,2%). La prevalencia de DN en consultas de neurología extrahospitalarias fue del 2,92% (IC 95%: 2,57-3,3%), y del 6,1% (IC 95%: 5,3-6,9%) en las hospitalarias ($p < 0,01$). La incidencia diaria de casos nuevos de DN se situó en el 1,2% (IC 95%: 1,0-1,5%), con un total de 157 nuevos casos de DN vistos en el período del estudio. En consultas extrahospitalarias, la incidencia fue del 1,1% (IC 95%: 0,9-1,4%), y del 1,4% (IC 95%: 1,1-1,8%) en consultas hospitalarias. Los datos obtenidos (prevalencia del 3,9%; incidencia de 1,2%) indican que el DP supone una demanda asistencial neurológica nada desdeñable, siendo el octavo diagnóstico más frecuente en las consultas de neurología. Esta demanda es más elevada en las consultas hospitalarias (prevalencia de 6,1%; incidencia del 1,4%), debido probablemente a la complejidad del tipo de dolor en estudio y a la mayor frecuencia de remisión de pacientes con DNP por parte de otros especialistas al neurólogo hospitalario (38,9 frente a 13,6% en consultas extrahospitalarias). En cuanto a la etiología del DN, en este estudio la neuralgia esencial del trigémino es la enfermedad más prevalente, seguida por el grupo de las neuropatías diabéticas y de otras neuropatías periféricas. Los grupos farmacológicos más utilizados en el tratamiento del DN fueron los antiepilépticos (70,9%) y los anti-depresivos tricíclicos (14,9%). Los resultados del presente estudio suponen una primera aproximación a la demanda asistencial por DNP en España.

TOMÁS-VILA M¹, GARCÍA-PÉREZ A², MARTÍNEZ-GRANERO MA², et al.

¹Hospital Francisc de Borja de Gandia. Gandia. Valencia. ²Fundación Hospital Alcorcón. Madrid

Variabilidad en el tratamiento de las cefaleas en las consultas de neuropediatría de seis hospitales españoles

Rev Neurol 2005;41:17-21

La cefalea en la infancia constituye un problema asistencial cada vez más importante. Representa en-

tre el 17,1 y el 32% del total de las consultas realizadas en los servicios de neuropediatría en España, con una prevalencia estimada entre el 37,9 y el 46,3% para cefaleas en edades entre los 3 y los 15 años, y del 4,4 al 11,1% para las migrañas. La variabilidad en la práctica médica se define como las variaciones sistemáticas –no aleatorias– en las tasas estandarizadas de un procedimiento clínico (terapéutico o diagnóstico, médico o quirúrgico) en una determinada población. Los autores llevan a cabo el presente trabajo con el objetivo de estudiar las diferencias de la práctica médica en el abordaje de las cefaleas infantiles a nivel ambulatorio en las consultas de neuropediatría de los seis hospitales españoles que han intervenido en el estudio. Se trata de un trabajo retrospectivo. La población estudiada estaba compuesta por todos los pacientes que realizaron una primera visita en cualquiera de los seis hospitales participantes durante el período de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1999. La recogida de datos se realizó en diciembre de 2003. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de cefalea, realización de neuroimagen, inicio de profilaxis, tiempo de seguimiento en consultas, y número de pacientes que abandonaron el seguimiento. Las cefaleas se clasificaron siguiendo los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas (*International Headache Society*, IHS). Posteriormente, se clasificaron en cefaleas migrañosas y no migrañosas. Durante el período de tiempo estudiado, se realizaron un total de 372 primeras visitas por cefaleas en las consultas de neuropediatría de los seis hospitales que participaron en el estudio. La edad media de los pacientes fue de 9,6 años. El 47,3% de los pacientes fue del sexo masculino, y el 52,4% del sexo femenino. Un 63,4% de las cefaleas se consideró migrañosa, y un 36,6% como no mi-

grañosa. A un 43% de los pacientes se le practicó neuroimagen (47,5% de pacientes migrañosos). La profilaxis se inició en un 36,8% del total de pacientes atendidos. De 137 sujetos en los que se inició la profilaxis, 122 (89%) eran migrañosos, iniciando la profilaxis en un 50% de los casos. En los no migrañosos, únicamente se inició en un 11,1% de los sujetos. Cuando se inició la revisión de las historias, se había dado de alta a un 67% de los sujetos, un 3% seguía bajo control médico, y un 30% había abandonado el seguimiento. La media de seguimiento en consultas fue de 10,6 meses, y el número medio de visitas fue de tres. En el análisis comparativo entre hospitales, se compararon las siguientes variables, indicando entre paréntesis los resultados obtenidos: realización de neuroimagen (varía de un 28,6 a un 61,9%), porcentaje de casos diagnosticados como migrañosos (varía de un 43,2 a un 88,5%), inicio de profilaxis (varía de un 3,6 a un 69,4%), número de meses (media) en que se mantuvo el seguimiento del paciente en la consulta (varía de 1,37 a 21,97 meses), número de visitas (media) realizadas (varía de 1,70 a 4,28), y número de pacientes que abandonaron el seguimiento (varía de un 12,8 a un 50%). Se han encontrado diferencias significativas en todas las variables estudiadas. Los resultados globales son similares a los encontrados en otras series. Para explicar el fenómeno de la variabilidad en la práctica clínica, se han propuesto tres hipótesis: hipótesis del estilo de práctica del paciente; hipótesis de los médicos entusiastas de un procedimiento; e hipótesis de la incertidumbre. Los autores concluyen que las diferencias encontradas entre los centros pueden interpretarse como debidas a las diferencias poblacionales, por los diferentes estilos de práctica médica de los profesionales, o bien por la inexistencia de pautas claras con respecto a un determinado procedimiento.