

PAIN & SPAIN

DOLOR 2006;21:51-5

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 2005/06/30 a 2005/10/31), en continuidad a la búsqueda anterior (Dolor 2005;20[4]:228-32). 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 España).

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.

ANDREU SÁNCHEZ JL, SANZ SANZ J, FERNÁNDEZ CASTRO M, ORNILLA ARAUDOGOITIA E, MUÑOZ CARREÑO P. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. Dolor e impotencia funcional de ambas caderas. *Rev Clin Esp* 2005;205:573-5.

ARTIGAS-PALLARÉS J, BRUN-GASCA C, GABAU-VILA E, GUITART-FELIUBADALÓ M, CAMPRUBÍ-SÁNCHEZ C. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Aspectos médicos y conductuales del síndrome de Angelman. *Rev Neurol* 2005;41:649-56.

BORDES-MONMENEU M, BORDES-GARCÍA V, RODRIGO-BAEZA F, SÁEZ D. Hospital 9 de Octubre. Valencia. Sistema de neutralización dinámica en la columna lumbar. SISTEMA DYNESYS. Experiencia en 94 casos. *Neurocirugía (Astur)* 2005;16:499-506.

*CARNEADO-RUIZ J, MORERA-GUITART J, ALFARO-SÁEZ A, TURPÍN-FENOLL L, SERNA-CANDEL C, MATÍAS-GUIU GUÍA J. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. El dolor neuropático como motivo de consulta en Neurología: análisis de su frecuencia. *Rev Neurol* 2005;41:643-8.

CASADO MORA MI, MOYANO PM, GARCÍA GONZÁLEZ F. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. Dolor en las canalizaciones vasculares. *Rev Enferm* 2005;28:43-6.

DELGADO-AROS S. Fisiopatología Digestiva y Hepatología. Fundación Vall d'Hebron. Barcelona. Vacío gástrico y dispepsia funcional. *Gastroenterol Hepatol* 2006;29:34-9.

GUTIÉRREZ MORLOTE J, FERNÁNDEZ GARCÍA JM, TIMIRAO FERNÁNDEZ JJ, LLANO CATEDRAL M, RO-

DRÍGUEZ RODRÍGUEZ E, PASCUAL GÓMEZ J. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cefalea cardíaca: ¿una entidad infradiagnosticada? *Rev Esp Cardiol* 2005;58:1476-8.

KOVACS FM, MURIEL A, ABRAIRA V, MEDINA JM, CASTILLO SÁNCHEZ MD, OLABE J, SPANISH BACK PAIN RESEARCH NETWORK. Departamento Científico. Fundación Kovacs. Palma de Mallorca. The influence of fear avoidance beliefs on disability and quality of life is sparse in Spanish low back pain patients. *Spine* 2005;30:676-82.

KOVACS FM, MURIEL A, MEDINA JM, ABRAIRA V, SÁNCHEZ MD, JÁUREGUI JO, SPANISH BACK PAIN RESEARCH NETWORK. Departamento Científico. Fundación Kovacs. Palma de Mallorca. Psychometric characteristics of the Spanish version of the FAB questionnaire. *Spine* 2006;31:104-10.

LÓPEZ-CARRICHES C, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM, DONADO-RODRÍGUEZ M. Universidad Europea de Madrid. Eficacia analgésica de diclofenaco vs metilprednisolona en el control del dolor postoperatorio tras la cirugía del tercer molar inferior. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10:432-9.

*LÓPEZ-SORIANO F, RIVAS F, BERNAL L, LAJARÍN B. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Dirección de Enfermería. Hospital del Noroeste de Murcia. Caravaca de la Cruz. ¿Hasta cuándo debemos soportar el dolor agudo en nuestros hospitales? *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2005;52:579-80; Réplica: 580-1.

MARTÍNEZ-SALIO A. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. El papel del neurólogo en el tratamiento del paciente con dolor crónico. *Rev Neurol* 2005;41:641-2.

*MIRÓ J, HUGUET A, NIETO R, PAREDES S, BAOS J. Departamento de Psicología. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. Evaluation of reliability, validity, and preference for a pain intensity scale for use with the elderly. *J Pain* 2005;6:727-35.

NÚÑEZ M, NÚÑEZ E, SEGUR JM, et al. Departament de Cirurgia Ortopédica. Hospital Clínic. Barcelona. The effect of an educational program to improve health-related quality of life in patients with osteoarthritis on waiting list for total knee replacement: a randomized study. *Osteoarthritis Cartilage* 2005; [Epub ahead of print] doi:10.1016/j.joca.2005.10.002.

*RODRÍGUEZ-GARCÍA J, SÁNCHEZ-GASTALDO A, IBÁÑEZ-CAMPOS T, et al. Servicio de Rehabilitación. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. Factores relacionados con la cirugía fallida de hernia discal lumbar. *Neurocirugía (Astur)* 2005;16:507-17.

CARNEADO-RUIZ J, MORERA-GUITART J, ALFARO-SÁEZ A, TURPÍN-FENOLL L, SERNA-CANDEL C, MATÍAS-GUIU GUÍA J

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante

El dolor neuropático como motivo de consulta en neurología: análisis de su frecuencia

Rev Neurol 2005;41:643-8

El dolor neuropático (DN) se define como aquel dolor iniciado o causado por una lesión primaria o por una disfunción en el sistema nervioso. Es una forma de dolor crónico que produce un importante menoscabo en la calidad de vida de los pacientes. Se ha estudiado tanto la etiopatogenia como la fisiopatología del DN; sin embargo, quedan diversos aspectos del problema por aclarar: no se tienen datos fiables sobre su epidemiología, la relación coste-efectividad de su tratamiento, su frecuencia como motivo de consulta en neurología, ni sobre la carga que supone el DN en la asistencia neurológica. Los autores llevan a cabo el presente estudio con el objetivo de evaluar la frecuencia con la que los pacientes con DN como motivo principal de derivación se remiten a una consulta ambulatoria de neurología. Se estudia también su etiología y distribución topográfica y la necesidad de su derivación a una consulta experta de DN. Se trata de un estudio descriptivo, transversal sobre utilización de los servicios sanitarios, en el que se valoran diferentes aspectos sobre la asistencia a pacientes con DN remitidos por este motivo a una consulta ambulatoria de neurología. En el estudio se incluyeron consecutivamente los pacientes atendidos por primera vez en una

consulta de neurología de selección dependiente del hospital general, en un periodo de 12 meses. Las variables estudiadas fueron: número de primeras visitas y número total de pacientes atendidos por sesión de consulta, tasa de pacientes por DN por día de consulta, la topografía y probable etiología del DN, y la tasa de pacientes remitidos a la consulta monográfica de DN. Las diferentes variables cuantitativas se expresan con su media y desviación estándar (DE), mientras que en las variables cualitativas esto se hace con su valor absoluto y el porcentaje. Durante el periodo del estudio se atendieron un total de 1.972 pacientes, de los cuales 1.422 (72,1%) fueron primeras visitas, con una media de 17,5 (DE: 2,5) pacientes nuevos por sesión de consulta. Sobre esta población se identificaron 113 pacientes que cumplían los criterios de diagnóstico clínico de DN, lo que supone una tasa del 7,95% de las primeras visitas y del 5,7% del total de visitas. La media de pacientes nuevos remitidos por DN atendidos por sesión de consulta fue de 1,04 (DE: 1,05) pacientes. Durante el periodo de estudio 90 pacientes se remitieron a la consulta de DN del servicio de neurología del hospital, lo que supone una tasa del 79,6% de los pacientes atendidos por DN en la consulta de neurología de selección. La distribución de la topografía del DN fue la siguiente: DN central en cinco pacientes (4,4%), mononeuropatía en 68 (60,2%), polineuropatía en 22 (19,5%) y radiculopatía en 18 (15,9%). El 45,6% (31 casos) de las mononeuropatías fueron neuropatías del nervio trigémino, lo que supuso el 27,4% del total de consultas por DN. El resto de las mononeuropatías fueron postherpéticas en 12 casos, posquirúrgicas en siete y postraumáticas en cinco. El 81,9% (18 casos) de los pacientes con DN secundario a polineuropatía eran diabéticos. Se observó una variación estacional en la tasa de pacientes remitidos por DN a la consulta y se objetivó la mayor incidencia en los meses de enero, febrero, marzo y abril, con tasas de 10,49, 10,19, 11,81 y 10,71%, respectivamente, y la menor en los meses de julio y octubre, con tasas de 4,55 y de 4,86% cada uno. Los autores concluyen que el DN puede estar entre las causas más frecuentes de demanda de asistencia neurológica ambulatoria. La mayoría de los pacientes se derivaron a una consulta monográfica de DN, dada la necesidad de una asistencia más compleja. Las causas más frecuentes de DN fueron la neuralgia del trigémino, la neuralgia postherpética y la polineuropatía diabética. Estos datos, junto a la complejidad que requiere el tratamiento de este problema y la repercusión que este tipo de dolor tiene para la calidad de vida de los pacientes, pueden justificar la necesidad del diseño y aplicación de protocolos y dispositivos asis-

tenciales específicos para la asistencia a los pacientes con DN. Se recomienda la realización de estudios epidemiológicos que reflejen la magnitud real de este problema en la población general.

LÓPEZ-SORIANO F, RIVAS F, BERNAL L, LAJARÍN B

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Dirección de Enfermería. Hospital del Noroeste de Murcia. Caravaca de la Cruz

¿Hasta cuándo debemos soportar el dolor agudo en nuestros hospitales?

Rev Esp Anesthesiol Reanim 2005;52:579-80; Réplica: 580-1

Los autores presentan una carta al director de la revista, sobre un reciente estudio observacional publicado en la misma que refleja la alta prevalencia de dolor que aún persiste en nuestros hospitales, a pesar de conocer su existencia desde la década de los 80. Indican que esta situación pone de manifiesto la necesidad de hacer efectivo lo que ha demostrado reiteradamente ser eficaz, la analgesia, y que este avance necesario está entre los retos de la gestión, que debe afrontar definitivamente el objetivo de la Organización Mundial de la Salud de conseguir un «hospital sin dolor». Los autores consideran el artículo publicado interesante en cuanto evalúa todo el hospital, no sólo el dolor postoperatorio, e identifica áreas susceptibles de mejora y situaciones de riesgo. Pero a la vez manifiestan su preocupación sobre la elevada prevalencia de dolor (54,7%) y que la efectividad observada de los tratamientos analgésicos sólo sea del 47,3%. Ya en 2002, un editorial se preguntaba de qué nos sirven los estándares tan altos en la calidad de la anestesia, si seguimos teniendo dolor en el postoperatorio. La primera norma de la *American Pain Society of Care Committee* es reconocer y tratar el dolor lo más rápidamente posible, midiendo el dolor inicial y a intervalos regulares (5.^a constante), así como el alivio tras la analgesia. Dado que los estudios pre-post demuestran la eficacia de una unidad de dolor agudo para reducir el dolor en el postoperatorio, y que con la implantación de la 5.^a constante se reduce la prevalencia de dolor, aumenta el porcentaje de pacientes que consiguen alivio, y mejora la satisfacción de los mismos, los autores se preguntan hasta cuándo debemos soportar el dolor agudo en nuestros hospitales. Están de acuerdo en que se debe considerar el «control del dolor» como objetivo institucional (Plan de salud) y se preguntan, sin obtener respuesta, si la prevalencia observada es mayor o menor a la que debería existir.

En gestión, los objetivos deben ser realistas y alcanzables. En 1997, la *Audit Commission* británica se planteó alcanzar idealmente una prevalencia de dolor grave (EVA > 7) en torno al 5% para el año 2002, pero se demostró que era inalcanzable, y la prevalencia real fue del 11%. Los autores sugieren que la adopción de técnicas de control de calidad, como el Ciclo de Shewart de Mejora Continua de la Calidad y el Control Estadístico de Procesos, permitirían reducir la variabilidad en la práctica clínica y asumir objetivos de gestión realistas y alcanzables. Los autores invitan a una reflexión: si la mitad de los pacientes con prescripción farmacológica «correcta» tienen niveles de dolor moderado-grave a pesar de medirlo periódicamente, se preguntan si estamos haciendo lo correcto, y qué pensaríamos si la mitad de pacientes diabéticos hospitalizados mantuvieran cifras de glucemia inaceptables, y los hipertensos, cifras elevadas de tensión. El problema de la alta prevalencia de dolor en nuestros hospitales es un problema ético, porque dejar que los pacientes sufran, pudiendo evitarlo, atenta contra el principio de no maleficencia, máxime cuando todo paciente hospitalizado pierde el principio de autonomía. También es un problema jurídico, porque el paciente tiene derecho a percibir las correspondientes indemnizaciones económicas en aquellos casos en que el particular sufra un daño, sin obligación de soportarlo; pero, sobre todo, es un problema de gestión, en cuanto que es un problema de calidad asistencial. Si no basta con prescripciones «correctas», ya que el tratamiento del dolor debe ser individualizado, los autores sugieren que sería más razonable incorporar técnicas de control de procesos que aseguren a nuestros pacientes que tenemos «bajo control» una de sus mayores preocupaciones al ingreso en los hospitales. Finalmente, los autores, intentando dar respuesta al título del artículo, indican que, con un descenso anual observado de la prevalencia de dolor del 2%, tendrían que esperarse «más de 20 años», lo que resulta claramente inaceptable desde la perspectiva éticojurídica.

MIRÓ J, HUGUET A, NIETO R, PAREDES S, BAOS J

Departamento de Psicología. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona

Evaluation of reliability, validity, and preference for a pain intensity scale for use with the elderly

J Pain 2005;6:727-35

La valoración precisa del dolor es esencial para que los pacientes reciban un tratamiento adecuado. En

los ancianos el dolor se ha evaluado pocas veces. Hasta la fecha se han estandarizado pocos instrumentos para la valoración del dolor en ancianos. Se ha sugerido que las escalas faciales de dolor utilizadas inicialmente en niños podrían ser apropiadas para utilizar en estos pacientes de edad. Estos instrumentos utilizan las expresiones faciales para evaluar la intensidad del dolor y se ha demostrado que las expresiones faciales son indicadores fidedignos no verbales de los estados dolorosos. Este artículo presenta la evaluación de la exactitud, validez y preferencia de una escala de intensidad de dolor para su utilización en ancianos, la Escala Facial de Dolor-Revisada (*Faces Pain Scale-Revised*) (FPS-R). Los autores realizan esta investigación con el objetivo principal de determinar las propiedades psicométricas iniciales de la versión española de la FPS-R, como una medida de la intensidad del dolor para utilizar con los ancianos. Un segundo objetivo ha sido comparar las opiniones de los pacientes sobre la FPS-R respecto a otro instrumento muy común para la evaluación de la intensidad del dolor en ancianos, el termómetro de dolor (TD). La FPS-R es una escala de autoinforme diseñada para medir la intensidad de dolor percibida a nivel individual. Es una escala de seis caras que se presenta de forma horizontal. El papel de cada anciano es escoger la cara que mejor refleja la intensidad del dolor que experimenta. A cada cara se le asigna un valor de 0-10 (0, 2, 4, 6, 8, 10), pero no se muestran a los participantes. El TD es una medida de autoinforme para evaluar la intensidad del dolor que ha sido descrita y validada como un buen instrumento en los ancianos. En este estudio se presentaba como un dibujo de un termómetro coloreado de 17 cm de largo, en medio de una hoja blanca, con valores de 0 (sin dolor) a 10 (mucho dolor) en los extremos. Participaron en el estudio una muestra total de 177 sujetos de 65 años o más (la edad media fue de 79,16 años, la DS de 6,47; el intervalo de edad de 65 a 99 años). El 53,1% fueron mujeres y el 46,9% hombres. Se utilizaron procedimientos de clasificación, tareas de colocación y métodos de prueba-reprueba. Se solicitó a los participantes que estimaran su intensidad de dolor utilizando la FPS-R y el TD, y que informaran sobre su estado afectivo. Se les solicitó también que se imaginaran a sí mismos en cinco situaciones dolorosas hipotéticas (Inventario de Situaciones Dolorosas Geriátricas) y que estimaran el grado de dolor utilizando la FPS-R y el TD en dos momentos diferentes. Las tareas de ordenación de las caras individuales mostró un acuerdo excelente entre las categorías esperadas y las proporcionadas por los participantes (W de Kendall: 0,75; $p < 0,0001$). Las estimaciones de la inten-

sidad de dolor comunicadas con la FPS-R y el TD fueron muy similares, y la relación entre la intensidad de dolor experimentada y el estado afectivo negativo de los participantes fue estadísticamente significativa ($r: 0,32$; $p < 0,01$). Las correlaciones prueba-reprueba sobre el Inventario de Situaciones Dolorosas Geriátricas oscilaron entre 0,44-0,7. Se solicitó a todos los sujetos participantes que escogieran la escala de dolor que preferían. Los datos obtenidos sugieren que, sin tener en cuenta su edad y/o sexo, los sujetos prefirieron la FPS-R al TD. En conjunto, estos resultados proporcionan una evidencia preliminar de su exactitud y validez convergente relacionada con los criterios, así como sus propiedades fuertes ordinales con una muestra de sujetos ancianos. En resumen, este estudio muestra que la FPS-R puede ser utilizada para medir la intensidad del dolor en adultos ancianos. Esta escala podría ayudar a los médicos clínicos para evaluar la intensidad de dolor en pacientes ancianos cognitivamente intactos y podría ser también de ayuda en la toma de decisiones sobre el tratamiento. Asimismo, podría ser utilizada por los investigadores que desean evaluar los efectos de los tratamientos disponibles.

RODRÍGUEZ-GARCÍA J, SÁNCHEZ-GASTALDO A, IBÁÑEZ-CAMPOS T, et al.

Servicio de Rehabilitación. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Factores relacionados con la cirugía fallida de hernia discal lumbar

Neurocirugía (Astur) 2005;16:507-17

La cirugía de descompresión de la hernia discal lumbar es la intervención quirúrgica más frecuente desarrollada a nivel de la columna vertebral, y una de las más comunes en cirugía ortopédica. La cirugía fallida oscila entre un 10-40% de los casos, constituyendo el denominado síndrome de la cirugía raquídea fracasada (SCRF). La reincorporación laboral a medio plazo tras la cirugía se sitúa en torno al 70-85%, y existen pocos estudios que analicen la calidad de vida tras la intervención. Los autores realizan el presente trabajo con los siguientes objetivos: a) conocer la incidencia de cirugía fallida de hernia discal lumbar, identificando aquellos factores que puedan influir en su aparición, diferenciando entre los que se intervienen por primera vez y los que se someten a reintervención, y b) estudiar factores ambientales tales como la reincorporación laboral y la calidad de vida a medio plazo tras esta cirugía, así como su relación con el éxito o fracaso quirúrgico. Se trata de un es-

tudio descriptivo transversal de 117 pacientes intervenidos de hernia discal lumbar durante el primer semestre de 2003 en este hospital. Para valorar la incidencia de cirugía fallida y factores relacionados se recogieron datos clínicos de la historia clínica de los pacientes de la muestra. En una segunda parte, se entrevistó telefónicamente a 91 de estos pacientes –los que contestaron– para valorar factores no clínicos relacionados con el SCRF, tales como reincorporación laboral, satisfacción con la cirugía, realización de tratamiento rehabilitador y calidad de vida a través del cuestionario de salud SF-36. Para el análisis de resultados se utilizó el programa estadístico SPSS 11.01. Los resultados del estudio fueron los siguientes. En los pacientes de la muestra intervenidos de hernia discal lumbar se encontró una igualdad entre ambos sexos, con una proporción 1/1 (59 varones y 58 mujeres). La edad media fue de 45 años (35-54). Respecto a los datos de la patología discal, los pacientes de este estudio presentaron con mayor frecuencia ciática derecha (50,4%) respecto a la ciática izquierda (37,6%) y a la ciática bilateral (9,4%). El 52,7% de los pacientes referían haber presentado sintomatología dolorosa durante más de 6 meses de evolución. El nivel de hernia más afectado en el trabajo fue el L5-S1, con un 52,1%, seguido por el nivel L4-L5 con un 39,6%. Agrupando todos los pacientes con persistencia y/o reaparición del dolor en un solo grupo, se encontró que 44 pacientes (37,9%) de la muestra presentaron el SCRF. Analizando de

forma independiente los pacientes intervenidos por primera vez y los reintervenidos, se encontró que, en primera cirugía, la incidencia del SCRF de los 94 pacientes intervenidos por primera vez fue del 32%. En reintervención, la incidencia del SCRF de los 23 pacientes reintervenidos de hernia discal lumbar fue de un 52,2%. Los factores clínicos predictivos de resultados desfavorables en pacientes sometidos a primera cirugía fueron la clínica precirugía de ciática bilateral, el hallazgo de estenosis de canal asociada a hernia discal y la comorbilidad, mientras que los sociolaborales fueron pacientes sin estudios y aquellos que trabajaban en los sectores de la conducción, construcción y hostelería. La reincorporación laboral se produjo en el 64% de los trabajadores activos previamente. Sólo en torno al 10% se encontraban insatisfechos con la opción quirúrgica, relacionándose significativamente tanto esto como las dimensiones de función física, dolor, vitalidad y *rol* emocional en el SF-36 con el SCRF. Los autores concluyen que uno de cada tres pacientes intervenidos de hernia discal lumbar presenta cirugía fallida, reincorporándose laboralmente dos de cada tres pacientes previamente activos. El paciente con cirugía fallida se encuentra afectado por dolor, hasta el punto de repercutir y limitar las actividades del hogar y las laborales. Además, presenta frecuentemente sensación de cansancio o agotamiento, y problemas emocionales que interfieren tanto en las actividades de la vida diaria como en el trabajo.