

PAIN & SPAIN

DOLOR 2006;21:120-4

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 2006/01/12 a 2006/04/20), en continuidad a la búsqueda anterior (DOLOR 2006;21(1):51-5). 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.

ARANA E, MARTÍ-BONMATÍ L, VEGA M, et al. Departamento de Radiología. Clínica Quirón. Valencia. Relationship between low back pain, disability, MR imaging findings and health care provider. *Skeletal Radiol* 2006. [Epub ahead of print] doi: 10.1007/s00256-006-0100-x.

ARANHA LLM, MIRÓN CANELO JA, ALONSO SARDÓN M, DEL PINO MONTES J, SÁENZ GONZÁLEZ MC. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Health-related quality of life in Spanish women with osteoporosis. *Rev Saúde Pública* 2006;40:298-303.

CANSER E, MARTÍNEZ B, GREDILLA E, et al. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario La Paz. Hospital Maternal. Madrid. Comparación de dos equipos para anestesia combinada intradural-epidural en analgesia para estadios avanzados de trabajo de parto. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2006;53:82-7.

CORCOLL J, ORFILA J, TOBAJAS P, ALEGRE L. Direcció General de Planificació i Finançament. Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears. Palma de Mallorca. Implementation of neuroreflexotherapy for subacute and chronic neck and back pain within the Spanish public health system: Audit results after one year. *Health Policy* 2006. [Epub ahead of print] doi:10.1016/j.healthpol.2005.11.001.

CÓZAR OLMO JA, DÍAZ TORRES MJ, SÁNCHEZ GARCÍA FJ, CUENCA BURGOS MJ. Servicio de Pediatría. Hospital La Inmaculada. Almería. Dolor torácico: ¿pensamos en el neumomediastino? *An Pediatr (Barc)* 2006;64:286-7.

DE LA CALLE AB, LÓPEZ JL, LUIS JC. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. Punción pleural como complicación de epidural torácica. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2006;53:124-5.

ESCORTELL-MAYOR E, LARRUBIA-MUÑOZ O, TRONCOSO-VIEJO D, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ R, LÓPEZ-ROMERO A, DE MIGUEL-SÁNCHEZ C. Gerencia de Atención Primaria. Área 3. Madrid. Estimación de la población de enfermos en situación terminal a través de la utilización de analgésicos opioides y de la mortalidad por tumores. *Aten Primaria* 2006;37:88-94.

*GÁLVEZ R¹, MARSAL C², VIDAL J³, RUIZ M⁴, REJAS J⁵. ¹Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Departamento de Neurología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario. Guadalajara. ⁴Área Médica de Neurociencias. Unidad Médica. Pfizer España. Madrid. ⁵Departamento de Investigación en Resultados de Salud. Unidad Médica. Pfizer España. Madrid. Cross-sectional evaluation of patient functioning and health-related quality of life in patients with neuropathic pain under standard care conditions. *Eur J Pain* 2006. [Epub ahead of print] doi:10.1016/j.ejpain.2006.02.002.

GUASCH E, VALERO I, RUIGÓMEZ A, MARÍN B. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario «La Paz». Madrid. Diagnóstico y manejo de un bloqueo espinal alto durante la realización de una analgesia epidural obstétrica. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2006;53:125-7.

HORGA DE LA PARTE JF, HORGA A. Unidad de Farmacología Clínica. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. Pregabalina. Aportaciones de los ligandos $\alpha_2\delta$ de canales de calcio en el tratamiento de la epilepsia y el dolor neuropático. *Rev Neurol* 2006;42:223-37.

LARA-SIRES N, GARCÍA-MATA J, ALEGRE-HERRERA S. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. Dolor neuropático y quistes de Tarlov. *Med Clin (Barc)* 2006;126:317.

LÓPEZ-MARINA V, PIZARRO-ROMERO G, COSTA-BARDAJI N. ABS Piera. SAP Anoia. ICS. Piera. Barcelona. Neumonitis por hipersensibilidad asociada a tramadol. *Med Clin (Barc)* 2006;126:77-8.

LÓPEZ-TRIGO J, SANCHO J. Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. Pregabalina. Un nuevo tratamiento para el dolor neuropático. *Neurología* 2006;21:96-103.

MARTÍNEZ-MORENO NE, MARTÍNEZ-ÁLVAREZ R, REY-PORTOLÉS G, GUTIÉRREZ-SÁRRAGA J, BURZACO-SANTURTÚN J, BRAVO G. Unidad de Radiocirugía y Neurocirugía Funcional. Hospital Ruber Internacional. Madrid. Tratamiento mediante radiocirugía con Gamma Knife® de la neuralgia del trigémino y del dolor facial atípico. *Rev Neurol* 2006;42:195-201.

*MUNTIÓN-ALFARO MT, BENÍTEZ-CAMPS M, BORDAS-JULVE JM, DE GISPURT-URIACH B, ZAMORA-SÁNCHEZ V, GALINDO-PARRES C. EAP Gòtic. ICS. Barcelona. Lumbalgia: ¿seguimos las recomendaciones de las guías? *Aten Primaria* 2006;37:215-20.

NÚÑEZ M, SÁNCHEZ A, NÚÑEZ E, CASALS T, ALEGRE C, MUÑOZ-GÓMEZ J. Servicio de Reumatología. Instituto Clínico Musculoesquelético. Hospital Clínic. Barcelona. Patients' perceptions of health related quality of life in rheumatoid arthritis and chronic low back pain. *Qual Life Res* 2006;15:93-102.

NÚÑEZ M, NÚÑEZ E, SEGUR JM, MACULE F, QUINTO L, HERNÁNDEZ MV, VILALTA C. Departamento de Cirugía Ortopédica. Hospital Clínic. Reumatología. 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* 2006;14:279-85.

PASCUAL J, DIENER HC, MASSIOU H. Servicio de Neurología. Hospital Universitario. Salamanca. Value of postmarketing surveillance studies in achieving a complete picture of antimigraine agents: using almotriptan as an example. *J Headache Pain* 2006;7:27-33.

PASCUAL-FIGAL DA. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Dolor torácico: un reto diagnóstico y pronóstico. *Med Clin (Barc)* 2006;126:15-6.

QUINTANA JM, ESCOBAR A, AROSTEGUI I, BILBAO A, AZKARATE J, GOENAGA JI, ARENAZA JC. Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao. Galdakao. Vizcaya. Health-related quality of life and appropriateness of knee or hip joint replacement. *Arch Intern Med* 2006;166:220-6.

*RUIZ-ROS V, SANCHIS-FORÉS J, BODÍ-PERIS V, et al. Servicio de Cardiología. Hospital Clínic Universitari de València. Universitat de València. Valor predictivo de la presentación clínica del dolor torácico en el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos. *Med Clin (Barc)* 2006;126:1-4.

SÁNCHEZ ROMERO AM, ARROYO SEBASTIÁN A, PÉREZ VICENTE FA, SERRANO PAZ P, CANDELA POLO F, CALPENA RICO R. Hospital General Universitario de Elche. Elche. Alicante. Tratamiento de la proctalga fugax con toxina botulínica: resultados en 5 pacientes. *Rev Clin Esp* 2006;206:137-40.

SOLIS GARCÍA DEL POZO J, SOTO MV, SOLERA J. Clínica Recoletas de Albacete. Medicina Interna. Albacete. Vertebral osteomyelitis: Long-term disability assessment and prognostic factors. *J Infect* 2006. [Epub ahead of print] doi: 10.1016/j.jinf.2006.01.013.

*VALLANO A¹, MALOUF J², PAYRULET P¹, BAÑOS JE²; EN NOMBRE DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN CATALÁN PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR EN EL HOSPITAL. ¹Fundació Institut Català de Farmacologia. Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. ²Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. Prevalence of pain in adults admitted to Catalan hospitals: A cross-sectional study. *Eur J Pain* 2006. [Epub ahead of print] doi: 10.1016/j.ejpain.2005.11.003.

GÁLVEZ R¹, MARSAL C², VIDAL J³, RUIZ M⁴, REJAS J⁵

¹Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Departamento de Neurología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario. Guadalajara. ⁴Área Médica de Neurociencias. Unidad Médica. Pfizer España. Madrid. ⁵Departamento de Investigación en

Resultados de Salud. Unidad Médica. Pfizer España. Madrid

Cross-sectional evaluation of patient functioning and health-related quality of life in patients with neuropathic pain under standard care conditions

Eur J Pain. 2006. [Epub ahead of print] doi:10.1016/j.ejpain.2006.02.002

Los autores llevan a cabo el presente estudio con el propósito de determinar el impacto de una amplia gama de situaciones de dolor neuropático (DN) y síndromes de dolor mixtos en la calidad de vida relacionada con la salud y en el funcionamiento del paciente, en un grupo de pacientes de referencia para el control del dolor bajo condiciones normales especializadas para el cuidado del dolor. Se incluyeron en esta evaluación transversal pacientes con DN o con dolor neuropático y nociceptivo (dolor mixto [DM]) que participaban en el estudio DONEGA, un estudio pragmático, prospectivo y multicéntrico realizado en Unidades especializadas en dolor (Unidades de dolor, neurología, reumatología). Este estudio evaluaba la eficacia de tratamiento analgésico para el DN de amplio origen con dosis flexibles de gabapentina durante tres meses bajo las condiciones habituales de atención médica. Antes del inicio del estudio de los tratamientos, se llevó a cabo un estudio transversal utilizando los datos basales de la muestra. El estudio fue diseñado para estudiar el manejo y tratamiento de estos pacientes bajo condiciones reales de práctica médica estándar. Para la valoración de la intensidad del dolor, los participantes completaron la Forma Abreviada del Cuestionario de Dolor McGill (SF-MPQ), utilizando una escala visual analógica (EVA) (0-100 mm) y también una escala de 5 puntos. Para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, los participantes completaron la versión Española de la MOS Forma Abreviada-12 (*Medical Outcomes Trust Short Form 12*) (SF-12), y para evaluar el funcionamiento del paciente los participantes completaron la versión española de la Escala de Discapacidad de Sheehan (ShDS), que evalúa tres campos (vida laboral, social y familiar). Se utilizaron análisis multivariantes y modelos de regresión para analizar los datos de los pacientes. Participaron en el estudio un total de 1.519 pacientes (603 pacientes con DN, 856 pacientes con DM y 60 pacientes con dolor de causa desconocida que se excluyeron y no se evaluaron). Todos los pacientes tenían más de 18 años, con una media \pm DS de $56,9 \pm 13,6$ años (el 61,2% eran mujeres). La media de historia de dolor fue de $1,1 \pm 2,8$ años, la intensidad de dolor en una escala visual analógica

de 5 puntos fue de $2,8 \pm 1,0$ y la media de dolor en la semana previa fue de $71,3 \pm 19,0$ mm. El dolor interfirió sustancialmente (puntuación ≥ 5 en una escala 0-10) con el trabajo normal ($5,9 \pm 3,0$), la vida social ($5,7 \pm 3,0$) y la vida familiar ($5,3 \pm 3,0$), produciendo discapacidad sustancial (puntuación total de la EDSH de $16,9 \pm 8,3$ puntos). Referente al cuestionario SF-12, se obtuvieron valores medios de $37,6 \pm 5,9$ para el sumatorio del componente físico (PCS), y de $46,0 \pm 8,1$ para el sumatorio del componente mental (MCS), valores por debajo del 15 y 25º percentiles, respectivamente, de las normas Españolas para este instrumento. Los valores encontrados, expresados como puntuación estandarizada (SDS) con respecto a las normas de la población Española, indican que existe una discapacidad significativa en ambos dominios: PCS; $-1,13 \pm 1,0$ SDS (puntuación de la desviación estándar), y MCS; $-1,21 \pm 0,7$ SDS. Los autores concluyen que, bajo condiciones de práctica clínica estándar, los pacientes con DN o DM muestran un mal estado de calidad de vida relacionada con la salud física y mental, en comparación con la población general, y sufren una gran discapacidad social, familiar y profesional.

MUNTIÓN-ALFARO MT, BENÍTEZ-CAMPS M, BORDAS-JULVE JM, DE GISPERT-URIACH B, ZAMORA-SÁNCHEZ V, GALINDO-PARRES C

EAP Gòtic. ICS. Barcelona

Lumbalgia: ¿seguimos las recomendaciones de las guías?

Aten Primaria 2006;37:215-20

En las últimas décadas, la lumbalgia se ha convertido en un enorme problema social y económico. En España se sitúa en primera posición dentro de las causas de invalidez temporal en la población de < 50 años. El cumplimiento con las recomendaciones de las guías de práctica clínica suele ser baja en el ámbito de la Atención Primaria. La lumbalgia, ya sea como presentación aguda o crónica, constituye una de las enfermedades que mayor demanda de asistencia genera en las consultas de medicina general. La demanda de pruebas complementarias de imagen dentro del proceso diagnóstico es una práctica habitual. La lumbalgia supone un reto para los médicos de Atención Primaria y en ocasiones provoca situaciones conflictivas entre pacientes y médicos. Con estas premisas, los autores llevan a cabo el presente estudio con el objetivo de conocer el tratamiento habitual en la consulta de los pacientes con lumbalgia y el grado de seguimiento de las recomen-

daciones más destacadas de las guías de práctica clínica (GPC) en un centro de salud. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, efectuado con la población atendida en un centro de salud urbano que tiene una población asignada de 28.143 personas, de las cuales el 93% tiene más de 15 años. Participaron en dicho estudio todos los pacientes atendidos por lumbalgia en las consultas de medicina general del centro durante el año 2003. Las variables principales analizadas fueron: datos de filiación de los pacientes, características clínicas de la lumbalgia (señales de alarma), datos semiológicos, solicitud de pruebas complementarias, tratamientos prescritos y derivación a especialistas. Se obtuvieron un total de 575 historias clínicas de pacientes que consultaron por lumbalgia, pero se incluyeron finalmente 538 historias en el estudio. El 53,2% correspondía a mujeres. La edad media fue de $48,3 \pm 18,5$ años y el 33,6% tenía más de 55 años. Con respecto a la anamnesis, no se realizó interrogatorio sobre las características del dolor en un 35% de los pacientes, y en más de la mitad de los casos (54,6%) tampoco se interrogó sobre la presencia de señales de alerta. Respecto a la evaluación del dolor, sólo en el 0,6% de los casos se había utilizado una escala visual analógica (EVA) para valorar la intensidad del dolor. Se solicitó radiografía simple en un 23,4% de los pacientes, pero únicamente el 46,8% de las radiografías realizadas se consideró bien indicado según criterios preestablecidos. Los fármacos más prescritos fueron los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), con un 39,6%, seguidos de paracetamol (22%) y de AINE asociados con miorrelajantes (18%). Únicamente en 10 casos (1,9%) se recomendó reposo absoluto de forma habitual. Los autores concluyen que este estudio pone de manifiesto que la evaluación clínica de los pacientes con lumbalgia no se realiza de forma adecuada en el centro. Se continúan solicitando demasiadas radiografías a pesar de que las evidencias demuestran que de esta forma no se mejora la salud de los pacientes. Se continúa prefiriendo los AINE a los analgésicos a pesar de su peor relación beneficio/riesgo y se analiza el impacto de las intervenciones terapéuticas de forma subjetiva y sin utilizar instrumentos validados por parte de médicos y pacientes. Por último, indican que el conocimiento de las áreas susceptibles de mejora en el manejo de los pacientes con lumbalgia debería permitir diseñar intervenciones para optimizar la atención que se presta a los pacientes.

RUIZ-ROS V, SANCHIS-FORÉS J, BODÍ-PERIS V, et al.

Servicio de Cardiología. Hospital Clínic Universitari de València. Universitat de València

Valor predictivo de la presentación clínica del dolor torácico en el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos

Med Clin (Barc) 2006;126:1-4

El dolor torácico es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de urgencias y representa en ocasiones una incertidumbre diagnóstica que causa un número importante de ingresos innecesarios y de altas inadecuadas. En el presente estudio, los autores analizan de manera prospectiva la utilidad diagnóstica de un sistema de puntuación del dolor torácico previamente validado para predecir o excluir un diagnóstico final de síndromes coronarios agudos (SCA) en pacientes que acuden por dolor torácico, de posible origen coronario, siguiendo un protocolo de unidad de dolor torácico. Para ello, se estudiaron a 1.068 pacientes consecutivos que acudieron al Servicio de Urgencias del hospital por dolor torácico de posible origen coronario, sin elevación del segmento ST, siguiendo un protocolo de la Unidad de Dolor Torácico previamente descrito. El dolor torácico se cuantificó mediante un sistema de puntuación (0 a 20 puntos). Se determinó el valor diagnóstico de la puntuación de dolor torácico para predecir el diagnóstico final de infarto agudo de miocardio (IAM), angina inestable (AI) y síndrome coronario agudo (SCA; IAM o AI). Se determinaron las características basales de la población estudiada. La puntuación media (desviación estándar) del dolor torácico fue de 10 (3) puntos; 700 pacientes (66%) presentaron puntuaciones iguales o superiores a 10. De la totalidad de pacientes con dolor torácico de posible origen coronario, se diagnosticaron 651 casos (61%) de SCA, de los que 439 (41%) presentaron IAM y 212 (20%) AI. En el análisis multivariante, una puntuación del dolor torácico mayor o igual a 10 incrementó de manera independiente el diagnóstico final de SCA, (odds ratio [OR] = 2,9; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,1-4; $p < 0,0001$). También las siguientes variables al ingreso resultaron predictores independientes: edad mayor o igual a 70 años (OR = 2,6; IC 95%, 1,8-3,7; $p = 0,0001$), sexo masculino (OR = 2; IC 95%, 1,4-2,8; $p = 0,0001$), diabetes insulínica (OR = 2,3; IC 95%, 1,2-4,6; $p = 0,0164$), infarto de miocardio previo (OR = 1,6; IC 95%, 1,1-2,4; $p = 0,022$), el descenso del segmento ST (OR = 9,3; IC 95%, 5,2-16,7; $p = 0,0001$) e inversión de la onda T (OR = 2,5; IC 95%, 1,4-4,3; $p = 0,0001$). Se detectaron 439 casos (41%) que cumplían los criterios de IAM. Según los resultados del análisis multivariante, una puntuación de dolor torácico mayor o igual a 10 resultó predictor independiente del diagnóstico final de IAM (OR = 1,4;

IC 95%, 1,1-1,9; $p < 0,02$), como también lo fueron las variables siguientes: edad mayor o igual a 70 años, ausencia de hipercolesterolemia, diabetes mellitus, hábito de fumar, ausencia de antecedentes de angioplastia coronaria previa y descenso del segmento ST. Se llegó al diagnóstico de AI en 212 casos (20%). Con el fin de evaluar el valor de las variables clínicas para el diagnóstico de AI en el subgrupo de pacientes sin IAM, se efectuó un subanálisis en el que se excluyó a los 439 pacientes con diagnóstico de IAM. El análisis multivariante incluyó como predictores independientes del diagnóstico de IA una puntuación de dolor torácico mayor o igual a 10 (OR = 2,8; IC 95%, 1,8-4,2; $p < 0,0001$), la edad mayor o igual a 70 años, el sexo masculino, la historia de cardiopatía isquémica y el descenso del segmento ST. En definitiva, los autores afirman que, de forma complementaria a la valoración electrocardiográfica y a la determinación de los marcadores de necrosis miocárdica, la información que aporta la cuantificación clínica del dolor torácico en el Servicio de Urgencias proporciona información de obtención temprana, sencilla y de gran interés para el diagnóstico de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por dolor torácico de posible origen coronario.

VALLANO A¹, MALOUF J², PAYRULET P¹, BAÑOS JE²; EN NOMBRE DEL GRUPO CATALÁN DE INVESTIGACIÓN PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR EN EL HOSPITAL

¹Fundació Institut Català de Farmacologia. Servei de Farmacologia Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. ²Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

Prevalence of pain in adults admitted to Catalanian hospitals: A cross-sectional study

Eur J Pain 2006. [Epub ahead of print] doi: 10.1016/j.ejpain.2005.11.003

Los autores llevan a cabo el presente estudio con el objetivo de informar sobre la prevalencia del dolor en pacientes hospitalarios y describir los factores relacionados con el dolor en una muestra amplia de los hospitales de Cataluña. El estudio se ha llevado a cabo en pacientes de quince hospitales de Cataluña. Se trata de un estudio transversal con una muestra consecutiva de todos los pacientes admitidos en cada hospital hasta conseguir el tamaño predeterminado de la muestra, desde enero de 2002 a septiembre de 2003. Las características demográficas y clínicas de los pacientes (edad, sexo, educación, diagnóstico), así como la existencia de evaluaciones de intensidad del dolor y del trata-

miento analgésico, se obtuvieron mediante gráficos médicos. Las características del dolor fueron facilitadas por los pacientes tras entrevista efectuada por entrevistadores entrenados. La medida principal encontrada fue la existencia de dolor (en la entrevista, en las 24 h previas, en la admisión y en cualquier momento tras la admisión) que se valoró mediante una escala visual analógica (EVA) de 100 mm. Los hospitales se clasificaron de acuerdo con su tamaño en grandes (> 600 camas), medios (300-600 camas) o pequeños (< 300 camas). La relación entre la prevalencia del dolor con las características del paciente se realizó mediante un modelo logístico de regresión múltiple con la presencia de dolor como variable dependiente de interés. Se incluyeron un total de 1.675 pacientes en el estudio. La edad media (DS) fue de 58,4 (18,3) años. El 51,6% fueron hombres, con una media de ocho años de educación (intervalo 0-30). Los diagnósticos más frecuentes estaban relacionados con alteraciones musculoesqueléticas (18,4%; IC 95%: 16,5-20,3%) o gastrointestinales (17,4%; IC 95%: 15,6-19,2%). Este estudio confirma la alta prevalencia del dolor en los hospitales y que la intensidad del dolor a menudo es clínicamente relevante. Los resultados obtenidos indican que se observa una gran variabilidad en la prevalencia e intensidad del dolor entre los diferentes hospitales. En el momento de la entrevista, el 48,5% (IC 95%: 46,1-50,9%) de los pacientes tenían dolor y la EVA media fue de 40 mm (intervalo: 10-100 mm), y la prevalencia del dolor durante las 24 horas previas fue similar (47,6%; IC 95%: 45,2-50%). En el momento de la admisión, el 26,7% (IC 95%: 24,6-28,8%) de los pacientes tenía dolor, mientras que el 62% (IC 95%: 59,7-64,3%) informó que había tenido dolor en algún momento durante su estancia. Las anotaciones de la intensidad de dolor fueron ausentes en el 51,3% (IC 95%: 47,9-54,7%) de los registros médicos de los pacientes con dolor. Los factores asociados con el dolor fueron la edad joven, el sexo femenino, la presencia de intervenciones quirúrgicas previas, la sala de cirugía ortopédica, los hospitales grandes y los analgésicos prescritos. En conclusión, este estudio confirma que el dolor es una experiencia común y clínicamente relevante, a menudo no reconocida en pacientes admitidos en el hospital. Finalmente, los autores resumen que se ha encontrado una alta prevalencia de dolor clínicamente relevante en los pacientes hospitalarios, así como una gran variabilidad según el tipo de pacientes, salas clínicas y hospitales. Asimismo, indican que este estudio presenta evidencias claras de que no existe un manejo adecuado del dolor en la mayoría de los hospitales y exige la implementación de medidas organizativas y educacionales que puedan erradicar este problema epidémico.