

PAIN & SPAIN

DOLOR 2006;21:171-5

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 la base de datos MEDLINE (PubMed-NLM) (fecha de publicación de 2006/04/20 a 2006/06/19), en continuidad a la búsqueda anterior (DOLOR 2006;21(2):120-4). La estrategia de búsqueda fue: Pain OR Analg* y Spain

OR Spanish; Pain OR Analg* y Spanish LA y Pain OR Analg* y 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.

*ARMIJO JA^{1,2}, SÁNCHEZ MB², CAMPOS C², ADÍN J^{1,2}. ¹Departamento de Fisiología y Farmacología. Universidad de Cantabria. ²Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. Interacciones de los antiepilépticos en la práctica oncológica. Rev Neurol 2006;42:681-90.

*¹KOVACS FM, ²FERNÁNDEZ C, ³CORDERO A, ⁴MURIEL A, ⁵GONZÁLEZ-LUJÁN L, ¹GIL DEL REAL MT. Spanish back pain research network. ¹Departamento Científico. Fundación Kovacs. Palma de Mallorca. ¹Centro de Salud de Valldargent. Palma de Mallorca. ³Centro de Salud de Formentera. Formentera. Baleares. ⁴Unidad de Bioestadística Clínica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁵Centro de Salud de Paterna. Paterna. Valencia. Non-specific low back pain in primary care in the Spanish National Health Service: a prospective study on clinical outcomes and determinants of management. BMC Health Serv Res 2006;6:57. doi: 10.1186/1472-6963-6-57.

*MAYORAL V¹, GOMAR C², SABATÉ S³, CANET J⁴, GARCÍA-MORA G¹, CAMPS M⁵. ¹Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ²Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ³Fundació Puigvert. Barcelona. ⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ⁵Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. Medicina perioperatoria y tratamiento del dolor crónico en Cataluña. Med Clin (Barc) 2006;126(Suppl 2):68-74.

ORTEGA CARNICER J. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. Síndromes coronarios agudos con elevación simultánea del segmento ST en derivaciones inferiores y precordiales. Med Intensiva 2006;30:143-8.

REJAS J, RIBERA MV, RUIZ M, MASRRAMÓN X. Departamento de Investigación de Resultados de Salud. Unidad Médica. Pfizer España. Madrid. Psychometric properties of the MOS (Medical Outcomes Study) Sleep Scale in patients with neuropathic pain. Eur J Pain 2006; (Epub ahead of print) doi: 10.1016/j.ejpain.2006.05.002.

*SABATÉ S¹, GOMAR C², CANET J³, FERNÁNDEZ C², FERNÁNDEZ M⁴, FUENTES A⁵. ¹Fundació Puigvert. Barcelona. ²Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ⁴Institut Universitari Dexeus. Barcelona. ⁵Hospital General de l'Hospitalet CSI. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Anestesia obstétrica en Cataluña. Med Clin (Barc) 2006;126(Suppl 2):40-5.

ARMIJO JA^{1,2}, SÁNCHEZ MB², CAMPOS C², ADÍN J^{1,2}

¹Departamento de Fisiología y Farmacología. Universidad de Cantabria. ²Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria

Interacciones de los antiepilépticos en la práctica oncológica

Rev Neurol 2006;42:681-90

Las interacciones en el paciente oncológico son especialmente importantes debido al pequeño índice terapéutico de los antineoplásicos y a que su ineficacia o sus efectos adversos pueden ser graves e incluso letales. Es frecuente que fármacos antiepilépticos (FAE) y antineoplásicos tengan que administrarse juntos en el paciente oncológico. Las interaccio-

nes entre FAE y antineoplásicos son frecuentes e importantes: los FAE pueden interferir de forma importante con los efectos de los antineoplásicos. En vista de ello, los autores revisan los datos disponibles acerca de la influencia de los FAE sobre los efectos de los antineoplásicos y la influencia de los antineoplásicos sobre los efectos de los FAE, y sugieren algunas medidas que contribuyan a reducirlas. Los FAE se pueden clasificar en tres grupos: con alto potencial de interacciones (influyen y son influidos), carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, primidona y valproato, con potencial medio (no influyen pero son influidos), lamotrigina, oxcarbazepina, tiagabina, topiramato y zonisamida y con bajo potencial (no influyen y no son influidos), gabapentina, levetiracetam y pregabalina. Los mecanismos que con más frecuencia producen interacciones farmacocinéticas son: la inducción enzimática sobre el citocromo P-450 (que disminuye la actividad de los antineoplásicos); la inhibición enzimática (que aumenta la toxicidad de los antineoplásicos); y el desplazamiento en la unión a proteínas, especialmente de los fármacos que se unen fuertemente a las proteínas del plasma (que pueden aumentar la concentración libre y los efectos). Los FAE inductores, como la carbamazepina, la fenitoína, el fenobarbital y la primidona y, con menor intensidad, la oxcarbazepina y el topiramato, reducen los niveles séricos y los efectos de los antineoplásicos que se metabolizan mediante esta enzima, como los taxanos (paclitaxel, docetaxel), alcaloides de la vinca (vinblastina, vincristina, vindesina), metotrexato, tenipósido y análogos de la campotecina (irinotecan, 9-aminocaptotecina, gimatecan). De este modo, pueden reducir su eficacia y requerir mayores dosis para conseguir el mismo efecto. Además, los FAE inductores reducen los niveles y los efectos de muchos otros fármacos que se pueden administrar en el paciente oncológico, como otros antiepilépticos utilizados en la politerapia, analgésicos narcóticos, antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antifúngicos, antirretrovirales, macrólidos, antagonistas del calcio, anticoagulantes orales, anticonceptivos orales, bloqueadores neuromusculares, ciclosporina e inhibidores de la bomba de protones o antibióticos. En sentido opuesto, los FAE inhibidores, como el ácido valproico (valproato), y con menor intensidad el topiramato, aumentan las concentraciones plasmáticas de algunos antineoplásicos, lo que puede producir toxicidad de algunos fármacos, como el etopósido o las nitrosureas. A su vez, los antineoplásicos como el cisplatino o los corticoides pueden reducir la eficacia de diversos FAE como la de la fenitoína, y el metotrexato la del

valproato. En sentido opuesto, el 5-fluoruracilo, el tamoxifeno o la dexametasona pueden aumentar la toxicidad de la fenitoína. También hay posibilidad de interacciones farmacodinámicas. Los autores concluyen que los datos sobre las consecuencias clínicas de las interacciones entre FAE y antineoplásicos son todavía escasos. La mayor parte son descripciones de casos o series de casos, pero hay cada vez más estudios farmacocinéticos que demuestran una importante influencia de los FAE inductores sobre la eficacia de los antineoplásicos que hace recomendable evitarlos y sustituirlos por FAE no inductores, como gabapentina, lamotrigina, levetiracetam, pregabalina, topiramato o zonisamida. Cuando sea necesario utilizar FAE inductores, es probable que haya que utilizar dosis mayores de los antineoplásicos o de otros fármacos que sean inducibles. En resumen, los FAE deben utilizarse preferentemente en monoterapia, evitando los FAE inductores como carbamazepina, fenitoína y fenobarbital. En monoterapia deben preferirse los nuevos FAE no inductores, como gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina y topiramato, que parecen ser una opción mejor que la de los antiepilépticos clásicos en el paciente oncológico. En politerapia es preferible FAE no inductores como la gabapentina, el levetiracetam y la pregabalina.

¹KOVACS FM, ²FERNÁNDEZ C, ³CORDERO A, ⁴MURIEL A, ⁵GONZÁLEZ-LUJÁN L, ¹GIL DEL REAL MT. SPANISH BACK PAIN RESEARCH NETWORK. ¹DEPARTAMENTO CIENTÍFICO. FUNDACIÓN KOVACS. PALMA DE MALLORCA

¹Centro de Salud de Valldargent. Palma de Mallorca. ³Centro de Salud de Formentera. Formentera. Baleares. ⁴Unidad de Bioestadística Clínica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁵Centro de Salud de Paterna. Paterna. Valencia

Non-specific low back pain in primary care in the Spanish National Health Service: a prospective study on clinical outcomes and determinants of management

BMC Health Serv Res 2006;6:57. Doi: 10.1186/1472-6963-6-57

El dolor lumbar inespecífico (DL) es una de las enfermedades más frecuentes de los países industrializados, con una prevalencia superior al 70%. Es una de las causas de mayor absentismo laboral y genera grandes costes sociales y de salud. Los autores realizan el presente trabajo con el objetivo de describir el manejo del DL en asistencia primaria, evaluar las características de los pacientes que influyen en

las decisiones de los médicos y describir los resultados clínicos a los dos meses. Se trata de un estudio observacional en el que, durante 18 meses, se recogió una muestra transversal de 648 pacientes con DL procedente de 75 médicos (de los 361 posibles -20,8%) que trabajaban en 40 centros de asistencia primaria localizados en 10 de las 17 Comunidades Autónomas que cubren 693.026 habitantes del total de la población española de 40.499.792 habitantes. Los pacientes se evaluaron mediante cuestionarios de dolor estructurados en tres ocasiones: el primer día de visita, a los 14 y a los 60 días después. Las características principales de los pacientes que se analizaron fueron: edad, sexo, nivel educacional, duración del episodio de dolor, historia de cronicidad del DL, situación profesional, gravedad, dolor en extremidades y discapacidad, y resultados del test de elevación de la extremidad inferior recta (EPR). Los descriptores para el manejo fueron: realización del EPR, solicitud de procedimientos diagnósticos, prescripción del tratamiento farmacológico, remisión a fisioterapia, rehabilitación o cirugía y concesión de baja por enfermedad. Se utilizó un análisis de regresión para analizar la relación entre las características basales de los pacientes y las decisiones de manejo de los médicos. La edad media (SD) de los pacientes incluidos en el estudio fue de 46,5 (15,5) años; 367 (56,6%) eran trabajadores en activo, 338 (52,5%) eran mujeres y 310 (47,8) eran hombres. En la segunda visita se evaluaron 495 pacientes, y 374 completaron todas las evaluaciones en la tercera visita. La duración media del dolor (rango intercuartílico 25-75) cuando se inició el estudio fue de 4 (2-10) días y solamente 28 pacientes (4,3%) tenían dolor lumbar crónico. A lo largo del estudio, los médicos realizaron el EPR a 439 (67,7%) pacientes. Los estudios diagnósticos incluyeron radiografías simples en 279 (43,1%) pacientes, la obtención de imágenes por tomografía computarizada (TC) o imágenes por resonancia magnética (RM) en el 18,8%, y pruebas neurofisiológicas en 21 (3,2%) pacientes. Durante el período del estudio, 175 de los 367 trabajadores en activo solicitaron la baja por enfermedad. Se prescribieron fármacos en la primera visita en el 91,7% de los pacientes, mayoritariamente antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos y relajantes musculares; el 19,1% fue remitido a fisioterapia o rehabilitación, y el 9,6% a cirugía ortopédica o neurocirugía. Los principales determinantes del manejo clínico fueron la duración del episodio y, en menor grado, la intensidad del dolor (especialmente dolor en extremidades), un EPR positivo y grado de discapacidad. El principal factor determinante de baja por enfermedad fue el grado de discapacidad, seguido de las

características del contrato laboral y la intensidad del dolor de pierna (pero no el dolor lumbar). Dos meses después de la primera visita, el DL había desaparecido en el 35,6% de los pacientes, y el dolor de pierna en el 44,8% de los que lo tenían previamente. No obstante, en aquel momento al menos el 37% de los pacientes todavía tenía DL, que había aumentado en el 6,7% de ellos, mientras que el dolor de pierna había aumentado en un 11,7%. En conclusión, los autores indican que este estudio muestra que las principales variables que afectan al manejo de los médicos del DL en asistencia primaria fueron la duración del episodio de dolor y, en menor grado, la intensidad del DL, especialmente el dolor en extremidades, la limitación en el EPR y el grado de discapacidad. Aunque la tasa de utilización de pruebas de imagen X fue alta, el criterio para el manejo del DL fue consistente con las recomendaciones basadas en la evidencia. No obstante, dos meses después del tratamiento, más de una tercera parte de los pacientes (37%) continuaba con dolor y aproximadamente el 10% de los pacientes no había mejorado o había empeorado.

MAYORAL V¹, GOMAR C², SABATÉ S³, CANET J⁴, GARCÍA-MORA G¹, CAMPS M⁵

¹Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ²Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ³Fundació Puigvert. Barcelona. ⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ⁵Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Medicina perioperatoria y tratamiento del dolor crónico en Cataluña

Med Clin (Barc) 2006;126(Supl 2):68-74

El concepto de medicina perioperatoria se refiere a la práctica de la medicina relacionada y unida a todos los aspectos de la atención que se presta a los pacientes en el proceso quirúrgico con el fin de reducir su morbilidad perioperatoria y hacer eficiente el proceso. Los anestesiólogos y servicios de anestesiología se encuentran en una posición inmejorable para controlar y modificar los factores de riesgo, organizar el nivel de atención postoperatoria y ayudar al manejo del dolor. No existen datos cuantitativos de esta actividad de los anestesiólogos alrededor de la anestesia y la cirugía. Por otra parte, las Unidades especializadas en el tratamiento del dolor crónico han estado mayoritariamente bajo la responsabilidad de los servicios de anestesiología y los anestesiólogos. En resumen, la medicina perioperatoria y el tratamiento del dolor crónico son activida-

des practicadas por anestesiólogos dirigidas a mejorar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Los autores llevan a cabo el presente estudio con el fin de cuantificar y definir las actividades de los anestesiólogos en otras tareas que no son estrictamente las de administrar anestesia. La encuesta «Estudio epidemiológico de la actividad anestesiológica en Cataluña. ANESCAT 2003» incluía 23.136 anestesiologías realizadas durante los 14 días del estudio que permitían estimar en 603.189 el número de anestesiologías realizadas en Cataluña en el año 2003. De los datos recogidos en esta encuesta, se cuantificó el tipo de evaluación preanestésica, la administración de técnicas especiales de analgesia postoperatoria (TEAP) y los cuidados críticos postoperatorios (CCP). Asimismo, se estimó el tipo y el volumen de actividades relacionadas con el tratamiento del dolor crónico realizado por anestesiólogos. Los resultados del estudio se describen seguidamente. En cuanto al tipo de valoración preanestésica, ésta se realizó en régimen ambulatorio en el 47,4% de los casos, en el 18,3% en régimen de hospitalización, y en un 34,3% en el antequirófano. En cuanto a las técnicas especiales de analgesia postoperatoria (TEAP), la proporción de pacientes con TEAP fue del 7,6%, que representó 30.321 pacientes durante el año 2003. Referente a los cuidados críticos postoperatorios (CCP), de las 23.136 anestesiologías registradas en ANESCAT, 1.774 pacientes requirieron CCP, lo que supone el 7,7% de todos los pacientes anestesiados (44.686 pacientes durante el año 2003 en Cataluña). El perfil de los pacientes que se beneficiaron de las TEAP y los CCP fue: aquellos de más edad, con peor estado físico y anestesiados para procedimientos más agresivos. Los datos asistenciales referentes a la actividad del tratamiento del dolor crónico se obtuvieron de la encuesta sobre actividad no anestésica que recogió cada uno de los 131 centros participantes en ANESCAT en los mismos 14 días de corte. Un total de 52 centros participantes (39,7%) declararon ofrecer algún tipo de actividad de tratamiento del dolor crónico dependiente de los servicios de anestesiología. La extrapolación anual supone unos 120.000 actos médicos relacionados con el tratamiento del dolor crónico realizados por anestesiólogos en 2003 en Cataluña. Los autores concluyen que ANESCAT 2003 determina, por primera vez en España, el impacto que suponen las actividades no relacionadas con la anestesia en los servicios de anestesiología. Este estudio revela la importante dedicación de los anestesiólogos catalanes en la medicina perioperatoria y en el tratamiento del dolor crónico, pero todavía es necesario dedicar más recursos humanos y organizativos para que se alcance un nivel óptimo.

SABATÉ S¹, GOMAR C², CANET J³, FERNÁNDEZ C², FERNÁNDEZ M⁴, FUENTES A⁵

¹Fundació Puigvert. Barcelona. ²Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ⁴Institut Universitari Dexeus. Barcelona. ⁵Hospital General de l'Hospitalet CSI. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Anestesia obstétrica en Cataluña

Med Clin (Barc) 2006;126(Suppl 2):40-5

Dado el incremento de la actividad anestésica en áreas de obstetricia, los autores consideran indispensable disponer de información precisa sobre los tipos y las características de los procedimientos anestésicos que se realizan y qué representa en el conjunto de la actividad anestésica. Los autores llevan a cabo el presente estudio con el objetivo de analizar la anestesia dedicada a la obstetricia a partir de los datos obtenidos en la encuesta sobre actividad anestésica en Cataluña durante el año 2003 (ANESCAT). A partir de la base de datos ANESCAT 2003, se calculó el número y proporción de anestesiologías relacionadas con procedimientos obstétricos, que los autores dividen en tres grupos: 1) analgesia y/o anestesia para el parto vaginal; 2) anestesia para la operación de cesárea; y 3) anestesia sobre procedimientos relacionados con las técnicas de fecundación *in vitro* y la interrupción del embarazo. Se analizaron en cada caso las características de las pacientes que recibieron anestesia: edad y estado físico según la clasificación de la *American Society of Anesthesiologists* (ASA), tipo de actividad (programada y urgente), duración de la anestesia y de la estancia en la Unidad de recuperación postanestésica (URPA), porcentaje de pacientes que requirió cuidados críticos postoperatorios y distribución de la actividad por franjas horarias y días de la semana. También se analizó la actividad anestésica obstétrica según el tipo de centro –centros públicos del *Institut Català de la Salut* (ICS), centros públicos concertados y centros privados– por número de camas y con formación mediante programa de residencia (MIR). Asimismo, se analizaron las técnicas anestésicas y su impacto en la población. A continuación, se resumen los resultados obtenidos. La encuesta ANESCAT 2003 recogió 23.136 anestesiologías, de las cuales 2.603 estuvieron relacionadas con la especialidad de obstetricia. La anestesia obstétrica representó el 11,3% de toda la actividad anestésica en Cataluña durante el año 2003. Se estimó en 67.864 las anestesiologías anuales realizadas, de las cuales el 86,7% de dichos procedimientos estuvo relacionado con el parto (analgesia y/o anestesia para parto vaginal y cesáreas), y el

13,3% con la interrupción del embarazo y la fecundación *in vitro*. Esta actividad se realizó en 71 centros hospitalarios de los 131 participantes en ANES-CAT (un 54,2% del total); de éstos, cuatro eran centros dedicados exclusivamente a la interrupción del embarazo o a las técnicas de fecundación. De los 71 centros que realizaron actividad obstétrica, 43 estaban en la provincia de Barcelona, 12 en Girona, 10 en Tarragona y 6 en Lleida. Por otra parte, 44 centros pertenecían a la red pública y 27 eran privados. El 90,8% de las anestesiases se consideró urgente y un 9,2% programado. Se estimó que un 82% de los 71.851 partos habidos en Cataluña durante el año 2003 recibió la asistencia de un anestesiólogo. Es decir, los anestesiólogos catalanes prestaron servicios anestésicos para el parto (vaginal y cesárea) en el 82% de los casos. Esta tasa, comparada con la de otros países, puede considerarse la más alta del mundo de las registradas en la bibliografía. La mediana de edad fue de 31 años. La cobertura con anestesia para el parto vaginal en Cataluña fue del 75,8%. Asimismo, a partir de los resultados de

la encuesta, se estimó que hubo 25,1 cesáreas por cada 100 partos y 30,6 por cada 100 partos con anestesia en Cataluña en el año 2003. La frecuencia de cesáreas aumenta con la edad materna y con la paridad. La anestesia regional para el parto y la cesárea se utilizó en el 98,7 y 96,2% de los casos, respectivamente. En el parto vaginal se empleó anestesia epidural en el 96,9% de los casos. El uso de bloqueo epidural continuo para la analgesia del trabajo del parto en Cataluña es el más alto publicado en la bibliografía. En cesáreas programadas y urgentes el bloqueo subaracnoideo se utilizó en un 75,5 y 44,8% de los casos, respectivamente, y el epidural en un 23,3 y 53,3%, respectivamente. Los autores concluyen que la utilización tanto de analgesia como de anestesia regional para el trabajo del parto y las cesáreas en Cataluña es una de las más altas publicadas. La tasa de utilización de técnicas anestésicas regionales también es la más alta registrada. La analgesia epidural continua es la técnica más utilizada, aunque se aprecia el uso emergente del bloqueo subaracnoideo.