

# PAIN & SPAIN

DOLOR 2006;21:218-22

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 2006/06/19 a 2006/09/30), en continuidad a la búsqueda anterior (Dolor 2006;21[3]:171-5). 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.**

ARBOIX A. Unidad de Patología Vasculare Cerebral. Servicio de Neurología. Hospital Universitari del Sagrat Cor. Universitat de Barcelona. Barcelona. Valor pronóstico de la cefalea en el infarto cerebral cardioembólico. *Med Clin (Barc)* 2006;127:5-7.

BALANDÍN B, VARGAS JA, SÁNCHEZ YUSTE MR, et al. Servicios de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. Mujer joven con dolor lumbar de larga duración. *Rev Clin Esp* 2006; 206:407-9.

\*CANET J<sup>1</sup>, GOMAR C<sup>2</sup>, CASTRO A<sup>3</sup>, MONTERO A<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Anestesiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Anestesiología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. <sup>3</sup>Unitat de Reanimació. <sup>4</sup>Servicio de Anestesiología. Hospital de Bellvitge. Barcelona. Encuesta sobre las funciones de enfermería en anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor en Cataluña. Análisis de la situación actual. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2006; 53:337-45.

\*CARULLA TORRENT J<sup>1</sup>, JARA SÁNCHEZ C<sup>2</sup>, SANZ ORTIZ J<sup>2</sup>, et al., en nombre del grupo ALGOS. <sup>1,2</sup>Servicio de Medicina Oncológica. <sup>1</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>2</sup>Fundación Hospital Alarcón. Madrid. Oncologists' perceptions of cancer pain management in Spain: the real and the ideal. *Eur J Pain* 2006;doi:10.1016/j.ejpain.2006.05.006.

FELTES OCHOA JA, PASSAS MARTÍNEZ J, FELIP SANTAMARIA N, ROMERO OTERO J, RODRÍGUEZ ANTOLÍN A, LEIVA GALVIS O. Servicio de Urología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. La anestesia local mejora significativamente la tolerancia de las biopsia prostática. *Arch Esp Urol* 2006;59:407-14.

LÓPEZ P, AGUILERA C. Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. Seguridad de los fármacos utilizados en la migraña durante el embarazo. *Med Clin (Barc)* 2006;126:793-5.

\*MARTÍNEZ EIZAGUIRRE JM<sup>1</sup>, CALERO MUÑOZ S<sup>2</sup>, GARCÍA FERNÁNDEZ ML<sup>3</sup>, TRANCHE IPARRAGUIRRE S<sup>4</sup>, CASTILLO OBESO J<sup>5</sup>, PÉREZ IRAZUSTA I<sup>6</sup>. <sup>1</sup>Centro de Salud de Villabona. Guipúzcoa. Grupo de cefaleas de la semFYC. Guipúzcoa. <sup>2</sup>SAP. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Grupo de cefaleas de la semFYC. España. <sup>3</sup>Centro Salud Mendiguchia Carriche. Leganés. Área 9. Madrid. Grupo de cefaleas de la semFYC. España. <sup>4</sup>Centro de Salud el Cristo. Oviedo. Grupo de cefaleas de la semFYC. España. <sup>5</sup>Centro de Salud José Barros. Cantabria. Grupo de cefaleas de la semFYC. España. <sup>6</sup>Unidad Docente de MFyC de Guipúzcoa. Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea. *Aten Primaria* 2006;38:33-8.

PELÁEZ R, MIRA MD, FERRER AM, MENDIOLA MA, AGUILAR JL. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Síndrome neurológico transitorio tras bupivacaína hiperbará intradural. Un nuevo caso. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2006;53:373-7.

\*RUBIO PASCUAL P<sup>1</sup>, DE LA CRUZ BERTOLO J<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Anestesiología y Reanimación Pediátrica. <sup>2</sup>Unidad de Investigación y Epidemiología Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Unidad para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio pediátrico: una experiencia de 6 años. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2006;53:346-53.

ZAZPE-CENOZ I, PORTILLO-BRINGAS E, BEAUMONT-CAMINOS C, VÁZQUEZ-MÍGUEZ A, AZCO-

NA-GONZAGA J, GALLO-RUIZ BROWER A. Servicio de Neurocirugía. Hospital de Navarra. Pamplona. Lumbociática aguda unilateral causada por angioma cavernoso intramedular. *Rev Neurol* 2006;43:186-8.

**CANET J<sup>1</sup>, GOMAR C<sup>2</sup>, CASTRO A<sup>3</sup>, MONTERO A<sup>4</sup>**

**<sup>1</sup>Servicio de Anestesiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Anestesiología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. <sup>3</sup>Unitat de Reanimació. <sup>4</sup>Servicio de Anestesiología. Hospital de Bellvitge. Barcelona**

**Encuesta sobre las funciones de enfermería en anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor en Cataluña. Análisis de la situación actual**

**Rev Esp Anestesiol Reanim 2006;53:337-45**

En España no existe una definición de las tareas de enfermería en la anestesiología, como en otros ámbitos de la medicina. La Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor (SCARTD), en colaboración con la Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor, realizó una encuesta con el objetivo de conocer la situación de las funciones que asume la enfermería en relación con la anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor en hospitales catalanes, y analizar el papel que puede desempeñar la enfermería en esta especialidad, así como los resultados en comparación con otros países. En este artículo los autores presentan los resultados de dicha encuesta y una discusión sobre el presente y futuro papel de la enfermería con relación a la especialidad de anestesiología en España. Previa información a la dirección de los centros, la encuesta fue remitida por correo a 70 centros sanitarios públicos y privados de Cataluña. Se enviaron dos encuestas iguales a cada centro, una a la dirección de enfermería y otra al responsable del servicio de anestesiología, ambos con conocimiento de esta duplicidad, para ser contestada y devuelta de forma independiente. La encuesta incluía la identificación del centro y datos de su estructura. Las preguntas se estructuraron en cinco apartados: 1) consulta preanestésica; 2) anestesia; 3) áreas especiales de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y obstetricia; 4) cuidados postoperatorios: unidad de recuperación postanestésica (URPA) y unidad de reanimación, y 5) clínica del dolor. En cada uno de los apartados se solicitaba información de los recursos y se incluyeron preguntas relacionadas con tareas en las que se debía contestar si eran o no desempeñadas por la enfermería. De las 140 encuestas enviadas a 70 centros se devolvieron un total de

59 (34,7%), contestadas por las direcciones de enfermería y por los servicios de anestesiología. El número de encuestas devueltas por enfermería fueron 26 (31,1%) y por los servicios de anestesiología 33 (47,1%). En 12 centros (17,1%) respondieron ambos. En total se obtuvo una representación de 47 (67,1%) centros sanitarios distintos, cinco de ellos privados. Treinta y dos eran de Barcelona, seis de Girona, cinco de Tarragona y cuatro de Lleida. La encuesta reveló que sólo un 23,4% de los centros catalanes disponen de personal de enfermería que ejerce tareas exclusivas de anestesia en quirófano. Del resto, un 55,3%, el anestesiólogo es auxiliado por el/la enfermero/a quirofanista circulante y un 21,3% de los centros por una auxiliar de enfermería. Los autores consideran que la falta de personal específicamente dedicado a la anestesia en un 76,6% de los casos refleja una situación deficiente. La enfermería asumía más responsabilidades en las unidades de cirugía mayor ambulatoria y las unidades de recuperación postanestésica que en el resto de los ámbitos. Con respecto a las tareas de ayuda a la anestesia que realiza la enfermería, detalladas en la encuesta, se observaron importantes discrepancias entre las respuestas dadas por las direcciones de enfermería y de anestesiología. Las que tenían mayores coincidencias eran las relacionadas con el mantenimiento del material y las que menos las que implicaban el manejo de fármacos. Como resumen, los autores indican que, aunque sólo respondieron un tercio de los encuestados, la información obtenida pone de manifiesto la indefinición en España de las tareas y funciones que realiza la enfermería con relación a la anestesiología, a diferencia de la mayoría de países europeos y EE.UU.

**CARULLA TORRENT J<sup>1</sup>, JARA SÁNCHEZ C<sup>2</sup>, SANZ ORTIZ J<sup>2</sup>, et al., EN NOMBRE DEL GRUPO ALGOS**

**<sup>1,2</sup>Servicio de Medicina Oncológica. <sup>1</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>2</sup>Fundación Hospital Alarcón. Madrid**

**Oncologists' perceptions of cancer pain management in Spain: the real and the ideal**

**Eur J Pain 2006;doi:10.1016/j.ejpain.2006.05.006**

Algunos estudios sugieren que el dolor oncológico no se controla adecuadamente, pero se tiene poca información sobre la situación en España. El proyecto ALGOS fue iniciado en 1998 por un grupo de 58 oncólogos de diferentes centros españoles. Tras varias discusiones sobre la situación actual en el manejo del dolor oncológico e identificar posibles

obstáculos para un adecuado tratamiento, el grupo ALGOS diseñó un estudio en tres fases para obtener un conocimiento válido, relevante y científico del problema del dolor y su manejo por los oncólogos en España. Los objetivos de este proyecto fueron identificar las percepciones, actitudes y experiencias de los especialistas oncólogos en relación con el dolor en sus pacientes (fase 1); estudiar la asociación entre el dolor, su manejo y las características de los pacientes (fase 2), y determinar las percepciones de los pacientes, actitudes y experiencias con relación al dolor (fase 3). Este trabajo presenta los resultados parciales de la primera fase del proyecto, comparando las percepciones de los oncólogos sobre cómo se trata el dolor en la práctica clínica rutinaria (la real) y cómo debería ser tratada (la ideal). Participaron en el estudio Delphi de 2-vueltas un panel de expertos de 24 oncólogos del grupo ALGOS, procedentes de 22 hospitales grandes, de 11 de las 17 Comunidades Autónomas de España. La edad media fue de 53 años (rango 41-61). El instrumento de estudio fue un cuestionario de 150 puntos desarrollado por los investigadores del estudio basándose en la revisión de la literatura sobre la prevalencia, evaluación y tratamiento del dolor agudo y crónico, guías de práctica clínica y manejo del dolor; otros documentos del grupo ALGOS, y cuestionarios de dolor previos. Los puntos se dividieron en seis áreas temáticas relacionadas con el dolor oncológico: información, evaluación, manejo, y las actitudes de los pacientes, oncólogos y médicos no oncólogos. Cada punto consistía en una frase que debía puntuarse mediante la escala de Likert de cinco puntos (1 = absolutamente en desacuerdo; 5 = absolutamente de acuerdo). En la segunda vuelta se prepararon nuevos cuestionarios con la media y la desviación estándar, así como los valores individuales de cada frase, y se solicitó a los panelistas que puntuaran de nuevo cada punto. Con el cuestionario de la segunda vuelta se calcularon la media, la desviación estándar y la proporción de respuestas de los expertos que estaban de acuerdo. Así, de los 150 puntos fue posible agrupar 69 de ellos en pares (y ocasionalmente en grupos de tres), resultando 32 áreas en las cuales se pudieron comparar y analizar las percepciones de los médicos sobre la práctica clínica rutinaria, juntamente con las que ellos podían considerar como una práctica deseable. Todas las comparaciones se encontraban dentro de las primeras tres áreas temáticas: información, evaluación y manejo del dolor oncológico. En la primera vuelta respondieron los 24 panelistas, y 22 en la segunda. Tras el análisis de resultados, los autores indican que las discrepancias más notables entre lo real y lo ideal se produjeron por el fracaso

en proporcionar información escrita o de confirmar que los pacientes comprendían lo que se les decía, por la falta de una evaluación del dolor comprensible y sistemática, y por la ausencia de utilización de tratamientos no farmacológicos para el dolor oncológico. El estudio Delphi sugiere que los oncólogos necesitan mejorar sus habilidades de comunicación con sus pacientes, asegurándose de que reciben tanto información escrita como verbal sobre su enfermedad y el plan para el tratamiento del dolor. Asimismo, indican que el dolor debería ser evaluado sistemáticamente en cada visita del paciente mediante instrumentos validados, y se debería prestar una mayor atención a la posibilidad de utilizar tratamientos no farmacológicos. Finalmente, tanto los estudiantes de medicina como los residentes se podrían beneficiar de un entrenamiento específico en la evaluación y tratamiento del dolor oncológico.

**MARTÍNEZ EIZAGUIRRE JM<sup>1</sup>, CALERO MUÑOZ S<sup>2</sup>, GARCÍA FERNÁNDEZ ML<sup>3</sup>, TRANCHE IPARRAGUIRRE S<sup>4</sup>, CASTILLO OBESO J<sup>5</sup>, PÉREZ IRAZUSTA I<sup>6</sup>**

**<sup>1</sup>Centro de Salud de Villabona. Guipúzcoa. Grupo de cefaleas de la semFYC. Guipúzcoa. <sup>2</sup>SAP. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Grupo de cefaleas de la semFYC. España. <sup>3</sup>Centro Salud Mendiguchia Carriche. Leganés. Área 9. Madrid. Grupo de cefaleas de la semFYC. España. <sup>4</sup>Centro de Salud el Cristo. Oviedo. Grupo de cefaleas de la semFYC. España. <sup>5</sup>Centro de Salud José Barros. Cantabria. Grupo de cefaleas de la semFYC. España. <sup>6</sup>Unidad Docente de MFyC de Guipúzcoa**

**Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea**

**Aten Primaria 2006;38:33-8**

Aunque las cefaleas primarias no suelen encerrar gravedad, constituyen un importante problema de salud, dada su elevada prevalencia y la repercusión negativa sobre la calidad de vida. Sólo la mitad de los pacientes con cefalea primaria consultan al médico alguna vez en su vida. A pesar de ello, la cefalea resulta poco atractiva como motivo de consulta entre los médicos de familia y los neurólogos, probablemente por considerarla una enfermedad «menor». Los autores diseñaron el presente estudio con el objetivo de conocer la actitud de los médicos de familia frente a las cefaleas, su capacidad resolutoria y las pautas terapéuticas que utilizan. Para ello realizaron un estudio descriptivo transversal por medio de una encuesta por correo a una muestra aleatoria de 1.185 médicos de atención primaria de la sanidad

pública de nuestro país. Se realizaron tres envíos (enero, marzo y junio de 2001) para aumentar la tasa de respuestas. El cuestionario, además de las variables sociodemográficas, exploró las siguientes variables: especialidad, presión asistencial, interés, conocimiento de la clasificación de cefaleas según la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS), tiempo de dedicación a la consulta, realización de exploración, acceso a pruebas diagnósticas, existencia de protocolo o reuniones periódicas con el neurólogo, derivación al especialista en los diferentes tipos de cefaleas, actitud terapéutica, interés por la formación, grado de difusión y utilización del manual de recomendaciones sobre cefaleas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y, por último, investigó también si el encuestado tenía algún tipo de cefalea primaria. De los 1.185 médicos a los que se envió el cuestionario, respondieron 721 (60,8%), con una media de edad de 44 años; el 56% eran varones y el 43,3% mujeres (5 no contestaron = 0,7%). El 51,5% de los médicos presentó algún tipo de cefalea, siendo la tensional la más frecuente. El 69,8% refirió interés muy alto o alto respecto a las cefaleas. Aunque el 53% de los médicos refirió conocer la clasificación de la IHS, sólo un 5,4% la utilizó en la práctica diaria. Únicamente el 10% de los médicos declaró utilizar alguna guía o protocolo sobre cefaleas, y el 18% realizó reuniones periódicas con el neurólogo. El 52% conocía el manual de recomendaciones sobre cefaleas de la semFYC, y un 85% de ellos refirió haberlo consultado en alguna ocasión. Un 19,3% tuvo acceso a la TC y sólo un 3% a la RM. Referente a la capacidad resolutoria de los médicos en relación con la derivación al siguiente nivel, el 12,2% derivó el primer episodio de migraña sin aura y un 42,3% la migraña con aura; un 32,3% en la cefalea crónica diaria sin abuso de analgésicos y un 56% cuando se asociaba con abuso de analgésicos. Respecto a la actitud terapéutica y el uso de fármacos, el paracetamol fue el fármaco preferido por un 61,3% de los médicos en el tratamiento de la crisis de migraña leve, mientras que en la moderada fueron los AINE, con un 64,1%. En la migraña intensa fueron los triptanos con un 88,4%, y en la cefalea tensional, los AINE con un 38,5%. En relación con el interés en la formación en cefaleas, la cefalea crónica diaria y la migraña fueron las cefaleas que más interés suscitaron. Referente a la primera, lo refirieron muy alto o alto en un 77,3%, y en la segunda, en un 76%. La cefalea en racimos, con un 62%, y la cefalea tensional, con un 62,1%, fueron las que menos interés suscitaron. Los autores concluyen que este estudio muestra la actitud positiva que presentan los médicos de atención primaria frente a las cefa-

leas, con un interés elevado y un tiempo de dedicación mayor por consulta que la media del resto de enfermedades. Algunas pautas terapéuticas son discutibles. Los resultados apuntan a la conveniencia de llevar a cabo actuaciones formativas en esta materia.

## RUBIO PASCUAL P<sup>1</sup>, DE LA CRUZ BERTOLO J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Anestesiología y Reanimación Pediátrica.

<sup>2</sup>Unidad de Investigación y Epidemiología Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

### Unidad para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio pediátrico: una experiencia de 6 años

Rev Esp Anestesiol Reanim 2006;53:346-53

Una unidad de dolor agudo de «alto coste» requiere múltiple personal especializado, fundamentalmente anestesiólogos y en dedicación exclusiva. En las unidades de dolor agudo (UDA) de «bajo coste» el peso fundamental de la actividad recae en enfermería, que asume la actividad asistencial fundamental, y representa un nexo imprescindible entre el servicio de anestesiología y la enfermera de planta para la aplicación de protocolos analgésicos y técnicas especiales desarrolladas, indicadas y supervisadas desde un servicio de anestesiología. En 1998 el servicio de anestesiología-reanimación pediátrica del hospital puso en marcha una unidad para el tratamiento del dolor agudo pediátrico (UDAP) siguiendo el modelo de gestión de bajo coste. Los autores llevan a cabo este trabajo con el objetivo de describir la implantación y actividad asistencial de una UDA en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio en pacientes pediátricos. Se trata de un estudio descriptivo de todos los pacientes atendidos por la UDAP desde octubre de 1998 hasta diciembre de 2004. Estos pacientes fueron sometidos a cirugías asociadas a un dolor postoperatorio de intensidad moderada a muy intensa. La elección de la técnica analgésica postoperatoria en todos los casos fue indicada por el anestesiólogo que atendía al paciente en quirófano, de acuerdo con protocolos previamente elaborados y consensuados por el servicio de anestesiología pediátrica. Se utilizaron las siguientes técnicas analgésicas: PCA (analgésica controlada por el paciente), NCA (analgésica controlada por la enfermera), EC (analgésica epidural continua), y PCEA (analgésica epidural controlada por el paciente). Además de las características de los pacientes, se analizaron el tipo de intervención quirúrgica más frecuente, la técnica analgésica administrada, el grado de dolor según escala propia observacional por la enfermería, y mediante escala visual analgésica (EVA) a partir del año

2002 en mayores de 7 años. Asimismo, se analizaron la incidencia de efectos indeseables (náuseas y/o vómitos, prurito, retención urinaria, sedación excesiva, depresión respiratoria), la satisfacción paterna y la satisfacción del paciente, en los mayores de 7 años. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Se realizaron 1.870 tratamientos (300/año), en 1.595 pacientes. Un 56% fueron niños y un 44% niñas. La media de edad fue de  $6,7 \pm 5,5$  años. Por grupos de edad predominaron los menores de 5 años con un 46,6%. La distribución de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes tratadas por la UDAP fueron: osteotomías (22,5%), laparotomías (13,4%), estereotomías (12,3%) y lumbotomías (9,6%). La técnica analgésica más utilizada fue la NCA en el 53% de los pacientes, seguida por la PCA con *bolus* (24,5%), PCA con infusión continua (16,9%) y epidural continua y PCEA (5,6%). Con la escala observacional por la enfermería (no dolor, leve, moderado, intenso) se observó ausencia de dolor o dolor leve en el 82, 90 y 94% de los pacientes, en los días 1.º, 2.º y 3.º de postoperatorio, respectiva-

mente. De los 286 pacientes en los que se recogió la intensidad del dolor con EVA (0, no dolor – 10 máximo dolor imaginable), el valor mediano tanto en el primer día como en el segundo fue de 2 (0-4). Aparecieron náuseas y vómitos postoperatorios en el 20% de los pacientes. Hubo tres casos (0,16%) de sedación excesiva, que se solucionaron con la suspensión temporal del tratamiento analgésico. Hubo también tres episodios de depresión respiratoria (0,16%) que requirieron administración de naloxona y suspensión del tratamiento analgésico, con evolución favorable en todos los casos. En cuanto al grado de satisfacción percibida, los padres valoraron el tratamiento analgésico recibido por sus hijos como muy bueno en el 60% de los casos, bueno en el 38% y regular en el 2%. Los niños encuestados lo refirieron como muy bueno en el 54%, bueno en el 40% y regular en el 6%. En resumen, los autores concluyen que en su hospital el modelo de gestión de bajo coste ha mostrado su eficacia para la implantación y mantenimiento de una unidad de tratamiento del dolor agudo pediátrico, que ha permitido un control del dolor postoperatorio de manera segura y eficaz.