

PAIN & SPAIN

DOLOR 2007;22:53-8

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 2006/09/30 a 2007/01/15), en continuidad a la búsqueda anterior (Dolor 2006;21[4]:218-22). 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.

ALMENDROS-MARQUÉS N, BERINI-AYTÉS L, GAY-ESCODA C. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. Barcelona. Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006;102:725-32.

ÁLVAREZ MP, AGRA Y. Centro de Salud Primaria. Algemés. Valencia. Systematic review of educational interventions in palliative care for primary care physicians. Palliat Med 2006;20:673-83.

BEJARANO PF, HERRERO JF. Departamento de Anestesiología. Cuidados Paliativos. Centro Oncológico MD Anderson International-España. Madrid. A critical appraisal of COX-2 selective inhibition and analgesia: how good so far? Pain Pract 2003;3:201-17.

FERNÁNDEZ TORRES B, FONTÁN ATALAYA IM, LÓPEZ MILLÁN JM, ALBA RIVERA R, SENABRE CARRERA J, DE LAS MULAS BÉJAR M. Departamento de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. Analgesia obstétrica en una paciente con tres cirugías previas de columna. Rev Esp Anestesiol Reanim 2006;53:446-9.

GONZÁLEZ-HIDALGO M. Sección de Neuromuscular. Servicio de Neurofisiología Clínica. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. Indicaciones de los estudios neurofisiológicos en el dolor lumbar. Rev Neurol 2006;43:618-20.

*GONZÁLEZ-JUANATEY JR, RIVERA J¹, GABRIEL SÁNCHEZ R², REVIRIEGO ALMOHALLA B³, CASIMIRO C⁴, COMITÉ CIENTÍFICO DEL ESTUDIO TARVEST. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. ¹Unidad de Reumatología.

Instituto Provincial de Rehabilitación. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Departamento de Investigación. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Centro de Epidemiología, Investigación e Información en Salud (CEIIS). Madrid. ⁴Dpto. Médico. Abbott Laboratories. Madrid. Efecto del tratamiento con AINE sobre la presión arterial en pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular elevado. An Med Interna 2006;23:420-7.

GUILLÉN PERALES J, DELGADO TAPIA JA, GONZÁLEZ PELÁEZ M, SANTIAGO MARTÍN J. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Torrecárdenas. Almería. Anudación de catéter para analgesia continua del plexo braquial a nivel paraescalénico. Rev Esp Anestesiol Reanim 2006;53:520-1.

HERVÁS MT, NAVARRO COLLADO MJ, PEIRÓ S, RODRIGO PÉREZ JL, LÓPEZ MATEU P, MARTÍNEZ TELLO I. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. Med Clin (Barc) 2006;127:441-7.

LLAU JV, ANDRÉS JD, GOMAR C, GÓMEZ-LUQUE A, HIDALGO F, TORRES LM. Hospital Clínico Universitario. Departamento de Anestesiología. Cuidados Críticos y Terapia del Dolor. Valencia. Anticlotting drugs and regional anaesthetic and analgesic techniques: comparative update of the safety recommendations. Eur J Anaesthesiol. En prensa 2007.

LONGÁS VALIÉN J, SÁNCHEZ TIRADO JA, AISA HERNÁNDEZ O, CÍA BLASCO P, PASCUAL BELLOSTA A, CUARTERO LOBERA J. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Hospital

Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Síndrome de dolor regional complejo tipo II tras cateterización de arteria radial. A propósito de un caso. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación* 2006;53:509-12.

LÓPEZ ROSÉS L, Y SUBCOMITÉ DE PROTOCOLOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA (SEED). Hospital Xeral de Lugo. Lugo. Sedation/analgesia guidelines for endoscopy. Directrices (*guidelines*) de sedación/analgesia en endoscopia. *Rev Esp Enferm Dig* 2006;98:685-92.

LUCAS M, GARCÍA GUASCH R, MORET E, LLASERA R, MELERO A, CANET J. Servicio de Anestesiología, Reanimación. Departamento de Cirugía. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. El aprendizaje basado en problemas aplicado a la asignatura de pregrado de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación* 2006;53:419-25.

MEDINA-MIRAPEIX F, MESEGUER-HENAREJOS AB, MONTILLA-HERRADOR J, ESCOLAR-REINA P, COLLINS SM, SATURNO-HERNÁNDEZ PJ. Departamento de Terapia Física. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Reliability and validity of patient reports for physical therapy quality assessment: an empirical analysis regarding the use of exercises for neck pain in Spain. *J Rehabil Med* 2006;38:354-9.

OTEO-ÁLVARO A, MARÍN MT. Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Virgen de la Torre. Madrid. Vocal del Grupo para el Estudio e Investigación del Dolor de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT). Aspectos novedosos, relevantes y prácticos del tratamiento del dolor neuropático. *Rev Clin Esp* 2006;206:570-2.

PARDO C, MUÑOZ T, CHAMORRO C, Y GRUPO DE TRABAJO DE ANALGESIA Y SEDACIÓN DE LA SEMICYUC. Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Med Intensiva* 2006;30:379-85.

PÉREZ C, GÁLVEZ R, INSAUSTI J, BENNETT M, RUIZ M, REJAS J, Y EL GRUPO PARA EL ESTUDIO DE LA VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE LA ESCALA LANSS. Unidad del Dolor. Hospital de la Princesa. Madrid. Adaptación lingüística y validación al castellano de la escala LANSS (*Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs*) para el diagnóstico diferencial del dolor neuropático. *Med Clin (Barc)* 2006;127:485-91.

PONS AMATE JM, SANCHO J, ROMERO MARTÍNEZ A, JUNI SANAHUJA J, CERVELLÓ DONDERIS A. Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. Evolución del dolor severo asociado al hematoma espinal epidural espontáneo. *Neurología* 2006;21:405-10.

*POVEDANO M¹, GASCÓN J¹, GÁLVEZ R², RUIZ M³, REJAS J⁴. ¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ²Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ³Departamento Médico de Neurociencias y ⁴Departamento de Investigación de Resultados de Salud. Unidad Médica. Pfizer España. Madrid. Cognitive function impairment in patients with neuropathic pain under standard conditions of care. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:78-89.

*SOLER MD¹, SAURÍ-RUIZ J¹, CURCOLL-GALLEMÍ ML¹, BENITO-PENALVA J¹, OPISSO-SALLERAS E¹, CHAMARRO-LUSAR A², VIDAL-SAMSÓ J¹. ¹Hospital de Neurorrehabilitación. Instituto Guttmann. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. ²Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona. Características del dolor neuropático crónico y su relación con el bienestar psicológico en pacientes con lesión medular. *Rev Neurol* 2007;44:3-9.

*VALENTÍN LÓPEZ B¹, GARCÍA CABALLERO J¹, MUÑOZ RAMÓN JM², APARICIO GRANDE P², DÍEZ SEBASTIÁN J¹, CRIADO JIMÉNEZ A². ¹Servicio de Medicina Preventiva. ²Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación* 2006;53:408-18.

VIVAS BALCONES D, MARTÍNEZ PRADA C, TORRES-GÁRATE R, SANZ M, ANTOLÍN ARIAS J, CIGÜENZA GABRIEL R. Servicio de Medicina Interna I. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Dolor abdominal de etiología muy infrecuente. *Rev Clin Esp* 2006;206:583-4.

ZAMORA J, KOVACS F, ABRAIRA V, FERNÁNDEZ C, LÁZARO P, Y EL GRUPO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN DE DOLOR LUMBAR. Unidad de Bioestadística Clínica. Hospital Ramón y Cajal, y el Grupo Español de Investigación EBM (G03/90). Madrid. The social tariff of EQ-5D is not adequate to assess quality of life in patients with low back pain. *Qual Life Res*. En prensa 2006.

GONZÁLEZ-JUANATEY JR, RIVERA J¹, GABRIEL SÁNCHEZ R², REVIRIEGO ALMOHALLA B³, CASI-

MIRO C⁴, COMITÉ CIENTÍFICO DEL ESTUDIO TARVEST

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. ¹Unidad de Reumatología. Instituto Provincial de Rehabilitación. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Departamento de Investigación. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Centro de Epidemiología, Investigación e Información en Salud (CEIIS). Madrid. ⁴Dpto. Médico. Abbott Laboratories. Madrid

Efecto del tratamiento con AINE sobre la presión arterial en pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular elevado

An Med Interna 2006;23:420-7

Se ha visto un incremento en el riesgo de eventos cardiovasculares y de los niveles de la presión arterial (PA) en pacientes tratados con inhibidores COX-2 frente a AINE no selectivos. No obstante, existen dudas sobre que la magnitud de la respuesta desfavorable de la PA sea atribuible solamente a los AINE inhibidores COX-2, o bien a todos ellos en general. Los autores llevan a cabo el presente estudio para comparar los efectos del tratamiento con distintos AINE (inhibidores COX-2 y no selectivos) sobre los niveles de PA y sobre el grado de control de la hipertensión arterial (HA) en pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular (CV) elevado en España. Se trata de un estudio epidemiológico, observacional, de carácter transversal en el ámbito ambulatorio –tanto atención especializada como asistencia primaria (AP)– en toda España, en una serie de pacientes hipertensos con riesgo CV elevado seleccionados consecutivamente y que representan en su conjunto a la totalidad de estos pacientes atendidos en la red pública asistencial española. El presente estudio se basa en un subanálisis del proyecto TARVEST (prácticas diagnósticas y terapéuticas en pacientes hipertensos con riesgo CV elevado en España), que analizaba la asociación del consumo de distintos tipos de AINE con los niveles de PA y el grado de control de la misma en pacientes hipertensos con riesgo CV elevado en España. La población diana fueron todos los pacientes hipertensos diabéticos o con enfermedad CV concomitante (cardiopatía isquémica, ictus cerebral/accidente isquémico transitorio (AIT) o enfermedad arterial periférica), mayores de 40 años, de ambos sexos, atendidos en la red ambulatoria pública española. La muestra final de estudio quedó en 8.126 pacientes con HA y alto riesgo CV, reclutados por 674 investigadores. Se obtuvo información sobre factores personales y de riesgo CV, antecedentes isquémicos, consumo de fármacos CV, analgésicos y

AINE. Igualmente, se determinó el grado de control de la HA en cada individuo como: óptimo, subóptimo y no control de acuerdo con la clasificación de JNC-VII (*Joint National Committee*). Las características de la muestra fueron las siguientes: el 31,6% de los 8.126 casos reclutados procedía de atención especializada (cardiólogos: 20,1%; nefrólogos: 4,3%; internistas: 7,2%) y el 68,4% de AP. En el total de la muestra, la edad media de los pacientes fue de $66,7 \pm 10,9$ y la mediana de 68 años. El 56,8% eran hombres. El 14% de los pacientes presentaban antecedentes de enfermedad cerebrovascular (ictus o AIT) y el 36% de cardiopatía isquémica (*angor pectoris* o infarto agudo de miocardio). La presión arterial sistólica (PAS) media del conjunto de la muestra fue de $145,2 \pm 18,2$ mmHg y la presión arterial diastólica (PAD) media de $83,8 \pm 11,2$ mmHg. La frecuencia cardíaca (FC) media de la muestra fue de $73,8 \pm 10,1$ lat/min. En el conjunto de pacientes, el 17% presentaba control óptimo de la PA, el 42% subóptimo y el 40% PA no controlada. El 29,2% de los hipertensos no diabéticos tenían control óptimo de la PA y el 70,4% restante control subóptimo. Sólo el 9,6% de los pacientes hipertensos-diabéticos tenía control óptimo de la PA, el 27,4% control subóptimo y el 63% no estaban controlados. En resumen, los pacientes hipertensos-no diabéticos presentaban un mejor control de la PA ($p < 0,01$) que los diabéticos. Del total de los 8.126 pacientes incluidos en el estudio, 4.369 (53,7%) no estaban tratados con ningún AINE. Entre los tratados, 3.477 pacientes (92,5%) tomaban ácido acetilsalicílico (AAS) exclusivamente, 224 otros AINE distintos de AAS y sólo 56 (1,4%) ambos. El análisis de resultados se restringió a aquellos sujetos que tomaban exclusivamente un fármaco. En total, 165 pacientes tomaban AINE (36 ibuprofeno exclusivamente, y 139 otros) y tenían cifras válidas de PA. Los pacientes en tratamiento con cualquier tipo de AINE (inhibidores COX-2 y no selectivos) presentaban una PAS media 3,55 mmHg (IC 95%: 0,54-6,55 mmHg) significativamente más elevada ($p < 0,05$), y un porcentaje (55,9%) significativamente mayor ($p < 0,05$) de HA descontrolada que los pacientes sin ningún fármaco antiinflamatorio (43,4%). La PAS fue 5,90 mmHg (IC 95%: 2,53-9,27 mmHg) más elevada ($p < 0,05$) en aquellos en tratamiento con cualquier AINE que en aquellos sin AINE. En el grupo de AAS, la PAS y PAD fueron 5,89 mmHg ($p < 0,01$) y 2,25 mmHg ($p < 0,05$), respectivamente, más bajas que en los tratados con AINE. Sin embargo, la PAS media fue similar en los tratados con ibuprofeno que en aquellos sin tratamiento AINE, 11,12 mmHg menor (IC 95%: 3,66-18,58) que en el grupo con otros AINE ($p < 0,05$), y 8,82 mmHg (IC 95%: 0,27-17,38)

($p < 0,05$) menor que la de los tratados con inhibidores COX-2. Los autores concluyen que los pacientes hipertensos con riesgo CV elevado en tratamiento con AINE, tanto selectivos como no selectivos, tienden a presentar niveles de PAS más elevados y peor grado de control de la HA que los pacientes en tratamiento con AAS o sin tratamiento antiinflamatorio. Sin embargo, los pacientes con ibuprofeno como único AINE tuvieron cifras de PAS similares a aquellos sin tratamiento AINE. La frecuencia de cardiopatía isquémica sólo fue significativamente mayor en el grupo tratado con inhibidores selectivos de la COX-2 en comparación con el grupo tratado con AINE no selectivos o con el grupo sin tratamiento antiinflamatorio, que no mostraron diferencias entre ellos.

POVEDANO M¹, GASCÓN J¹, GÁLVEZ R², RUIZ M³, REJAS J⁴

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ²Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ³Departamento Médico de Neurociencias y ⁴Departamento de Investigación de Resultados de Salud. Unidad Médica. Pfizer España. Madrid

Cognitive function impairment in patients with neuropathic pain under standard conditions of care

J Pain Symptom Manage 2007;33:78-89

La relación entre dolor crónico y función cognitiva no se ha estudiado adecuadamente y poco se sabe sobre el funcionamiento cognitivo en condiciones neuropáticas. El dolor crónico asociado con déficits cognitivos puede impactar en el comportamiento diario e interferir en tareas de decisión emocional. Los autores llevan a cabo el presente estudio con el propósito de analizar la prevalencia del deterioro de la función cognitiva (CI), tal como se valora en el *Mini-Mental State Examination* (MMSE), en una cohorte pragmática de sujetos con diferentes situaciones de dolor neuropático (DN) o con dolor mixto neuropático o nociceptivo (DM) (el estudio DONEGA). La prevalencia de la CI se analizó en una muestra de 1.519 pacientes con DN o DM, de ambos sexos, de edad igual o superior a 18 años, que participaron en un estudio abierto, pragmático, prospectivo y multicéntrico realizado en clínicas de dolor especializadas en España entre 2002-2003. Este estudio evaluaba la eficacia del tratamiento analgésico para el DN y DM de amplio origen con dosis flexibles de gabapentina durante 3 meses. Se realizó una evaluación cruzada utilizando datos basales controles antes

de iniciar cualquier tratamiento. El dolor se evaluó utilizando la forma abreviada del Cuestionario de Dolor McGill, y la función cognitiva se midió con la versión española del MMSE. En este estudio, un valor de 24 o menor fue considerado como CI. Se utilizaron modelos multivariados de regresión logística para estimar la prevalencia de CI. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: del total de 1.519 pacientes, 603 tenían DN, 856 DM, y 60 dolor de causa desconocida. Un 58,8% eran mujeres, y todos los pacientes tenían 18 o más años, con una media (DS) de 56,0 (13,7) años. El tiempo medio (DS) desde el diagnóstico fue de 1,1 (2,8) años. La prevalencia del CI fue sustancialmente más alta en pacientes con DN que la comunicada en la población general española, y significativamente más alta (casi el doble) que en pacientes con dolor DM: 11,4% (8,5-14,3%) frente a 6,4% (4,6-8,7%), $p = 0,006$ (*odds ratio* ajustadas: 1,88 [1,21-2,91]). La prevalencia de CI aumentó significativamente con la edad, hasta un 32,2% (20,6-45,6%) en los pacientes con DN, y hasta un 28,2% (15,0-44,9%) en los DM, para el grupo de edad igual o superior a 75 años; $p < 0,001$ entre grupos de edad. Los síntomas de ansiedad y obesidad, y, en menor grado, los síntomas de depresión, fueron también factores asociados con un valor alto de prevalencia de CI. En conclusión, los resultados de este estudio muestran que la prevalencia de CI fue sustancialmente más alta en pacientes con DN que en aquellos con DM y respecto a la población general de referencia. La prevalencia aumenta con la edad, con la presencia de síntomas de ansiedad, depresión, obesidad y con la intensidad del dolor.

SOLER MD¹, SAURÍ-RUIZ J¹, CURCOLL-GALLEMÍ ML¹, BENITO-PENALVA J¹, OPISSO-SALLERAS E¹, CHAMARRO-LUSAR A², VIDAL-SAMSÓ J¹

¹Hospital de Neurorrehabilitación. Instituto Guttmann. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. ²Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona

Características del dolor neuropático crónico y su relación con el bienestar psicológico en pacientes con lesión medular

Rev Neurol 2007;44:3-9

Los autores llevan a cabo el presente estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del dolor neuropático (DN) en una muestra de pacientes con lesión medular (LM), examinar la relación entre las características clínicas, demográficas y psicológicas

con la prevalencia del DN después de una LM y a su vez con los diferentes tipos de DN, y estudiar los factores con un valor predictivo mayor en el desarrollo del DN. Para ello realizaron un estudio transversal observacional de un total de 260 pacientes que acudieron a una revisión periódica anual en la consulta externa de la unidad de lesionados medulares del hospital. Se obtuvieron datos sociodemográficos y características de la lesión mediante la historia clínica de cada paciente. Los pacientes se dividieron en cinco grupos en función de su edad en el momento de la lesión. Se definieron las lesiones de etiología traumática las causadas por accidentes de tráfico, caídas fortuitas, accidentes laborales o deportivos, etc., y las de etiología médica como las causadas por enfermedades como tumores, mielitis virales o infecciosas, isquemias medulares, etc. Se diagnosticó el DN según los criterios de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*Association for the Study of Pain* [IASP]) en dos categorías (DN a nivel, y DN por debajo del nivel de la lesión). Los pacientes sin síntomas de DN formaron parte del grupo control. Se utilizaron 24 descriptores del dolor. Para la medida de la intensidad del dolor, se utilizó una escala de puntuación numérica 0-10. Se utilizó el índice de bienestar psicológico (IBP) de Dupuy adaptado al español por Badía, con 22 ítems. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: la media de edad del total de la muestra fue de 50,5 años; 187 pacientes eran hombres y 73 eran mujeres. De los 260 pacientes que formaban el total de la muestra, 93 pacientes (35,8%) con LM tenían DN. De los pacientes que presentaron DN, 25 (35,2%) mostraron dolor a nivel de la lesión, mientras que 46 (64,8%) presentaron DN por debajo. Veintidós pacientes presentaron ambos tipos de DN y se los excluyó del análisis estadístico. En cuanto a la prevalencia del DN con relación a la edad, se observó que la prevalencia del DN se incrementaba de forma estadísticamente significativa con la edad y la edad en el momento de la lesión. El grupo de edad mayor de 50 años en el momento de la instauración de la LM presentó la prevalencia más alta (55,6%) y mostró diferencias estadísticamente significativas con respecto a los demás grupos de edad. Respecto a los predictores de la prevalencia y de la clasificación del DN, los resultados mostraron que la única variable con capacidad predictora sobre la prevalencia del DN fue la edad en el momento de la LM. Los resultados indican que la edad en el momento de la lesión predice correctamente al 66,5% la clasificación de la muestra (82,9% de los sujetos sin dolor y 37,6% de los sujetos con dolor). Referente a la percepción de bienestar psicológico, se observaron diferencias

estadísticamente significativas entre la prevalencia del DN y la percepción de bienestar psicológico; el grupo de pacientes con DN fue el que tuvo proporcionalmente más malestar psicológico. En cuanto a los diferentes tipos de DN, las variables con capacidad predictiva sobre la clasificación del DN eran el inicio temprano del dolor en el DN a nivel y el hecho de que la lesión fuera incompleta en el DN por debajo. Los autores concluyen que el DN aparece con frecuencia después de la LM y se da de forma más común en aquellos pacientes que han sufrido la lesión a edades más avanzadas. El DN tiene un impacto negativo en la percepción del bienestar psicológico.

VALENTÍN LÓPEZ B¹, GARCÍA CABALLERO J¹, MUÑOZ RAMÓN JM², APARICIO GRANDE P², DÍEZ SEBASTIÁN J¹, CRIADO JIMÉNEZ A²

¹Servicio de Medicina Preventiva. ²Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad

Rev Esp Anestesiol Reanim 2006;53:408-18

Este hospital ha desarrollado y puesto en marcha un programa integral de mejora de la calidad analgesia postoperatoria. Una de las primeras etapas de todo programa de calidad es conocer la situación de partida para poder poner en marcha medidas encaminadas a la mejora de la atención del dolor postoperatorio adecuadas a las necesidades de los diferentes servicios implicados. En este sentido, los autores realizan el presente estudio con el objetivo de evaluar la prevalencia y características del dolor postoperatorio en los pacientes intervenidos por los servicios de cirugía general y vascular del centro, así como describir las prácticas analgésicas existentes. Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal para el conocimiento de la situación actual de la atención y tratamiento del dolor postoperatorio en los servicios indicados. Un grupo de trabajo elaboró una encuesta anónima de 14 preguntas que recogía las características de dolor postoperatorio en las primeras 24 h, la información recibida sobre el tratamiento del dolor, la solicitud de medicación analgésica y el tiempo de espera de la misma, el grado de satisfacción con la información y atención recibidas y, por último, sugerencias de mejora en el tratamiento del dolor. La encuesta se llevó a cabo mediante entrevista a las 24 h del postoperatorio a todos los

pacientes intervenidos de cirugía en los servicios citados, durante 4 semanas consecutivas del primer semestre del año 2001. Fueron entrevistados 158 pacientes; un 57% fueron hombres (90) y un 43% mujeres (68). La edad media fue de 55,3 años (DE: 20,2 años), mediana 60 años, con una edad máxima de 95 años y una edad mínima de 14 años. Un 88,6% de los pacientes entrevistados fueron intervenidos por el servicio de cirugía general y un 11,4% por cirugía vascular. Se clasificó la intensidad del dolor de los pacientes *a priori* en función del tipo de cirugía basado en la experiencia de autores. Un 56,3% con cirugías que se consideró que provocaban dolor intenso, un 39,9% dolor moderado, y un 3,8% dolor leve. El 94,7% de los pacientes intervenidos afirmaron haber tenido dolor en las últimas 24 h. Sólo ocho pacientes manifestaron no haber sentido dolor al estar controlado el mismo por el tratamiento analgésico postoperatorio. El tiempo medio con dolor que experimentaron los pacientes fue de 19,5 h. El dolor postoperatorio a las 24 h mostró un 18% de los pacientes sin dolor, un 35% de los pacientes con dolor leve, y un 47% de los mismos con dolor moderado-intenso. La analgesia postoperatoria más empleada fueron los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en un 94,3% de los casos, y a gran distancia la combinación de opiáceos y AINE en un 5,1%, y los opiáceos solos en un 0,6%. Un 74,1% de los pacientes tenían pauta de medicación a intervalos regulares mientras que en un 25,9% era prescrita a demanda. Un 36,1% de los pacientes solicitaron otra dosis de analgésicos para paliar el dolor. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la solicitud de analgesia y el grado de dolor máximo ($p < 0,001$). La demora en la administración del tratamiento fue de menos de 15 min. Un 24,4% de los pacientes recibieron información del tratamiento del dolor al inicio de su estancia hospitalaria. La satisfacción con el personal de enfermería se valoró de forma satisfactoria o muy satisfactoria en un 89,7% de los casos. La satisfacción con el personal médico se valoró en un 92,9% como satisfactoria o muy satisfactoria. El 21,5% de los pacientes realizaron alguna sugerencia de mejora en la atención del tratamiento del dolor. Los autores concluyen que el dolor postoperatorio constituye una oportunidad para el establecimiento de mejoras en la atención y tratamiento de los pacientes intervenidos, máxime cuando existen tratamientos analgésicos eficaces para el control del dolor que no se están utilizando, debiendo acabar con la modalidad de prescripción a demanda en todas aquellas intervenciones que de antemano se sabe que van a experimentar dolor postoperatorio.