

# PAIN & SPAIN

DOLOR. 2007;22:227-33

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 2007/04/13 a 2007/10/15), en continuidad a la búsqueda anterior (Dolor. 2007;22[3]:169-73). 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.**

ARANDA MARTÍNEZ JM, CASTRO MARCOS MV, GALINDO CARLOS A, et al. General Universitario. Valencia. El dolor en las heridas crónicas. ¿Recibe la atención que se merece? *Rev Enferm.* 2007;30:6-7.

CALVO VECINO JM, SAN NORBERTO L, ABAD GURUMETA A, et al. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid. Levobupivacaína vs bupivacaína racémica para anestesia/analgesia epidural torácica y lumbar alta en niños. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2007;54:288-96.

CARRASCO-GARRIDO P, JIMÉNEZ-GARCÍA R, BARRERA VH, GIL DE MIGUEL A. Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2007. Epub ahead of print.

COLLANTES E, ZARCO P, MUÑOZ E, et al. Departamento de Reumatología. Hospital Reina Sofía y Universidad de Córdoba. Córdoba. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER) extended report. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46:1309-15. Epub 2007 May 27.

DELGADO PECELLÍN I, NAVAS LÓPEZ VM, RODRÍGUEZ HERRERA A, ESPÍN JAIME B, PIZARRO MARTÍN A, RODRÍGUEZ RUIZ JR. Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Himen imperforado como causa infrecuente de dolor abdominal recurrente. *An Pediatr (Barc).* 2007;66:626-7.

\*GIL GREGORIO P<sup>1</sup>, MORENO A<sup>2</sup>, RODRÍGUEZ MJ<sup>3</sup>, ZARCO J<sup>4</sup>; EN REPRESENTACIÓN DE LOS IN-

VESTIGADORES DEL ESTUDIO ADA. <sup>1</sup>Servicio de Geriátria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Unidad de Dolor. Hospital Civil de Málaga. <sup>4</sup>Presidente de la SEMERGEN. Manejo del dolor del anciano en atención primaria (Estudio ADA). *Rev Clin Esp.* 2007;207:166-71.

GÓMEZ-BATISTE X, PORTA-SALES J, PASCUAL A, et al.; Palliative Care Advisory Committee of the Standing Advisory Committee for Socio-Health Affairs, Department of Health, Government of Catalonia. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Duràn-Reynals. Institut Català d'Oncologia. Barcelona. Catalonia WHO palliative care demonstration project at 15 Years (2005). *J Pain Symptom Manage.* 2007;33:584-90.

GUTIÉRREZ-ORTIZ C, TEUS M, CASTRO M, BOLÍVAR G, CASTEJÓN M. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. Anestesia tópica más subconjuntival vs retrobulbar en la esclerectomía profunda no penetrante. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2007;82:285-90.

HERNÁNDEZ GARCÍA D, LARA VILA I, CABA BARRIENTOS F, RAMOS CURADO P, NÚÑEZ GARCÍA A, ECHEVARRÍA MORENO M. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. Análisis coste-efectividad de la PCA postoperatoria frente a la infusión continua elástica de tramadol y metamizol. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2007;54:213-20.

HERNÁNDEZ PALAZÓN J, DOMÉNECH ASENSI P, BURGUILLOS LÓPEZ S, PÉREZ BAUTISTA F, SÁNCHEZ AMADOR A, CLAVEL CLAVER N. Servicio de

Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Bloqueo craneal con bupivacaína para analgesia postoperatoria en craneotomía supratentorial. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2007;54:274-8.

HERRANZ-RUBIA N. Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. El papel de la enfermera en los cuidados paliativos del recién nacido. *Enferm Clin.* 2007;17:96-100.

HERRERA E, ROCAFORT J, DE LIMA L, BRUERA E, GARCÍA-PEÑA F, FERNÁNDEZ-VARA G. Servicio de Salud de Extremadura. Mérida. Extremadura. Regional palliative care program in Extremadura: an effective public health care model in a sparsely populated region. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33:591-8.

KOVACS F, ABRAIRA V, CANO A, et al. Departamento Científico. Fundación Kovacs. Palma de Mallorca. Fear avoidance beliefs do not influence disability and quality of life in Spanish elderly subjects with low back pain. *Spine.* 2007;32:2133-8.

KOVACS F, ABRAIRA V, MURIEL A, et al. Departamento Científico. Fundación Kovacs. Madrid. Prognostic factors for neuroreflexotherapy in the treatment of subacute and chronic neck and back pain: a study of predictors of clinical outcome in routine practice of the Spanish National Health Service. *Spine.* 2007;32:1621-8.

KOVACS F, ABRAIRA V, SANTOS S, et al.; y el Grupo Español de Investigación de Dolor Lumbar. Departamento Científico. Fundación Kovacs. Palma de Mallorca. A comparison of two short education programs for improving low back pain-related disability in the elderly: a cluster randomized controlled trial. *Spine.* 2007;32:1053-9.

KOVACS FM, MURIEL A, CASTILLO SÁNCHEZ MD, MEDINA JM, ROYUELA A; Y EL GRUPO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN DE DOLOR LUMBAR. Departamento Científico. Fundación Kovacs. Palma de Mallorca. Fear avoidance beliefs influence duration of sick leave in Spanish low back pain patients. *Spine.* 2007;32:1761-6.

LÓPEZ ÁLVAREZ S, SALAMANCA MONTAÑA ME, DIÉGUEZ GARCÍA P, GARCÍA IGLESIAS B, COBIÁN LLAMAS JM. Servicio Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Unidad de Cirugía sin Ingreso del Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. Bloqueo femoral continuo para control del dolor postoperatorio en cirugía ortopédica ambulatoria. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2007;54:227-30.

LÓPEZ-MILLÁN JM, BLANCO L, ALCAÑIZ JB, DE LAS MULAS M. Departamento de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Analgesia del trabajo de parto con remifentanilo por vía endovenosa mediante un sistema de analgesia controlada por el paciente (PCIA) en un caso de esclerosis múltiple. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2007;54:200-2.

LÓPEZ-TRIGO J, ORTIZ-SÁNCHEZ P, BLANCO-HERNÁNDEZ T. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. Zonisamida y dolor neuropático. *Rev Neurol.* 2007;45:429-32.

LOZANO T, ENA J, ALMENAR V, et al. Departamento de Cardiología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. Evaluación de los pacientes con dolor torácico agudo de origen incierto mediante la determinación seriada de los valores de proteína C reactiva de alta sensibilidad. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:817-24.

MARCO E, DUARTE E, VILA J, et al. Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de l'Esperança. Sant Josep de la Muntanya. Barcelona. Is botulinum toxin type A effective in the treatment of spastic shoulder pain in patients after stroke? A double-blind randomized clinical trial. *J Rehabil Med.* 2007;39:440-7.

\*MARTÍN-ARAGUZ A<sup>1-3</sup>, GARRIDO-CARRIÓN A<sup>2</sup>, FERNÁNDEZ-ARMAYOR V<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario del Aire. Universidad Complutense. <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa. Universidad San Pablo-CEU. <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Policlínica de Especialidades CMH. <sup>4</sup>Unidad de Ciencias Neurológicas. Madrid. Profilaxis de la cefalea crónica diaria con una pauta simplificada de administración subcutánea de toxina botulínica tipo A. *Rev Neurol.* 2007;45:385-8.

MARTÍN SABORIDO C, GARCÍA LIZANA F, ALCÁZAR ALCÁZAR R, SARRÍA-SANTAMERA A. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Efectividad de las técnicas de manipulación espinal en la «lesión por latigazo» (*whiplash*). *Aten Primaria.* 2007;39:241-6.

MÍNGUEZ SERRA MP, SALORT LLORCA C, SILVESTRE DONAT FJ. Unidad de Estomatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. Pharmacological treatment of burning mouth syndrome: a review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007;12:E299-304.

MIRÓ J, HUGUET A, NIETO R, PAREDÉS S, BAOS J. Departamento de Psicología. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. La *Coloured Analogue Scale*: un instrumento válido para medir la intensidad del dolor

en niños catalano-parlantes? *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2007;54:208-12.

MORA-DE-OÑATE J, PASCUAL-PÉREZ-ALFARO R, IZQUIERDO-VÁZQUEZ C, GONZÁLEZ-RUIZ M, AGUIRREBEÑA-OLMOS A, DÍEZ-VILLALBA R. Departamento de Oftalmología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. Oftalmoplejía dolorosa (seudotumor y síndrome de Tolosa-Hunt). *Arch Soc Esp Otolmol.* 2007;82:509-12.

ORDÓÑEZ GALLEGO A, GONZÁLEZ BARÓN M, ESPINOSA ARRANZ E. Servicio de Medicina Oncológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Cátedra de Oncología y Medicina Paliativa. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. Oxycodone: a pharmacological and clinical review. *Clin Transl Oncol.* 2007;9:298-307.

\*RAMOS DELGADO I, SAMSÓ SABÉ E. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Universitario Mar-Esperanza (IMAS). Barcelona. Analgesia y sedación del paciente crítico en ventilación mecánica. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2007;54:302-12.

RIBERA CASADO JM. Servicio de Geriátría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. El dolor en el anciano. *Rev Clin Esp.* 2007;207:155-7.

RODRÍGUEZ MJ. Unidad de Dolor y Curas Paliativas. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. Cost-effectiveness analysis of pregabalin vs. gabapentin in the management of neuropathic pain due to diabetic polyneuropathy or post-herpetic neuralgia. *Curr Med Res Opin.* 2007. Epub ahead of print.

RODRÍGUEZ MJ, GARCÍA AJ; EN NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO DE COLABORACIÓN REC. Clínica del Dolor. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. A registry of the aetiology and costs of neuropathic pain in pain clinics: results of the Registry of aEtiologies and Costs (REC) in Neuropathic Pain Disorders Study. *Clin Drug Investig.* 2007;27:771-82.

RODRÍGUEZ R, MARTÍNEZ E, SANTANA M, RODRÍGUEZ HUERTAS E. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital del Servicio Andaluz de Salud. Jerez de la Frontera. Cádiz. Estudio de la respuesta al estrés en dos técnicas analgésicas (remifentanilo continuo frente a fentanilo en *bolus*) valorando diferentes marcadores (citocinas, proteína C reactiva y cortisol) en el intra y postoperatorio de histerectomías abdominales. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2007;54:221-6.

RUIZ CERDÁ JL. Servicio de Urología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. Síndromes de dolor uretral (SDU) y escrotal (SDE). *Actas Urol Esp.* 2007;31:338-44.

SALADO JS, RODRÍGUEZ JM. Universitario en Enfermería. Analgesia en el traslado interhospitalario de pacientes críticos. *Rev Enferm.* 2007;30:9-12.

SANCHIS J, BOSCH X, BODI V, et al. Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valencia. Combination of clinical risk profile, early exercise testing and circulating biomarkers for evaluation of patients with acute chest pain without ST-segment deviation or troponin elevation. *Heart.* 2007. Epub ahead of print.

VALENCIA-ANGUITA J, JULIA-NARVÁEZ M, RODRÍGUEZ-BURGOS F, PONCE DE LEÓN A. Servicio de Neurocirugía. Hospital de Traumatología y Rehabilitación. Complejo Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. Sacroplastia como tratamiento del dolor en metástasis sacra. *Neurocirugía (Astur).* 2007;18:247-9.

VALLANO A, MALOUF J, PAYRULET P, BAÑOS JE; Y GRUPO CATALÁN DE INVESTIGACIÓN DEL DOLOR HOSPITALARIO. Fundació Institut Català de Farmacologia. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. Analgesic use and pain in the hospital settings. *Eur J Clin Pharmacol.* 2007;63:619-26.

\*VALLANO A<sup>1</sup>, PAYRULET P<sup>1</sup>, MALOUF J<sup>2</sup>, BAÑOS JE<sup>2</sup>; Y GRUPO CATALÁN DE INVESTIGACIÓN DEL DOLOR HOSPITALARIO. <sup>1</sup>Fundació Institut Català de Farmacologia. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. <sup>2</sup>Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. Estudio multicéntrico de la evaluación del dolor en el medio hospitalario. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2007;54:140-6.

VAS J, AGUILAR I, PEREA-MILLA E, MÉNDEZ C. Unidad de Tratamiento del Dolor. Dos Hermanas. Sevilla. Effectiveness of acupuncture and related techniques in treating non-oncological pain in primary healthcare: an audit. *Acupunct Med.* 2007;25:41-6.

VIVANCOS-MATELLANO F, PASCUAL-PASCUAL SI, NARDI-VILARDAGA J, et al. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Guía del tratamiento integral de la espasticidad. *Rev Neurol.* 2007;45:365-75.

**GIL GREGORIO P<sup>1</sup>, MORENO A<sup>2</sup>, RODRÍGUEZ MJ<sup>3</sup>, ZARCO J<sup>4</sup>; EN REPRESENTACIÓN DE LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO ADA**

<sup>1</sup>Servicio de Geriátría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Unidad de Dolor. Hospital Civil de Málaga. <sup>4</sup>Presidente de la SEMERGEN

### Manejo del dolor del anciano en atención primaria (estudio ADA)

Rev Clin Esp. 2007;207:166-71

Este estudio recoge la presencia de dolor en población anciana no institucionalizada que acude a la consulta del médico de atención primaria. El estado de bienestar y el control del dolor forman parte de los principales objetivos del cuidado de los ancianos, que requiere una perspectiva diferente de la de los más jóvenes. El dolor de tipo crónico y de origen musculoesquelético es el tipo y la localización de dolor referido más frecuentemente por este grupo etario. Los autores llevan a cabo el presente estudio con el objetivo de conocer la tipología, la valoración clínica, el abordaje diagnóstico y el manejo terapéutico del dolor en población anciana que realizan los médicos de atención primaria. Se trata de un estudio prospectivo observacional que incluye a un total de 213 médicos de atención primaria distribuidos por todo el territorio nacional. Cada médico tenía que recoger cinco casos consecutivos de pacientes mayores de 65 años y de ambos sexos que presentaban el dolor como síntoma principal o acompañante de otras enfermedades. El periodo de recogida de datos fue entre abril y septiembre de 2004. Se recogieron un total de 1.276 pacientes, de los que 1.120 fueron incluidos en el estudio. En el protocolo del estudio se incluyeron los siguientes apartados: datos demográficos (edad, sexo, nivel de escolarización, actividad laboral); datos clínicos en relación con el dolor (tipología, localización, etiología, tiempo de evolución, sintomatología acompañante, situación afectiva en forma de depresión/ansiedad y alteraciones del ritmo del sueño); intensidad del dolor que se analizó mediante la escala analógica visual (EAV); diagnóstico de la enfermedad dolorosa y procedimientos utilizados; tipos de tratamientos utilizados, grado de control y satisfacción, efectos adversos; utilización de recursos sanitarios en relación con el dolor. Los resultados de estudio fueron los siguientes. Se incluyeron un total de 1.120 pacientes con una edad media de  $74,1 \pm 6,2$  años. El 59,7% eran mujeres ( $n = 667$ ) con una edad media de  $74,5 \pm 6,4$  años, mientras que los hombres eran el 40,3% y una edad media de  $73,2 \pm 5,9$ . El dolor fue el principal motivo de consulta en el 86,1% de los casos. Las características más frecuentes del dolor fueron: de tipo nociceptivo (80,8%), de localización en miembros

inferiores (43,5%), de etiología degenerativa (71,8%) y de evolución crónica (67,7%). La utilización de la EAV para conocer la intensidad del dolor mostró una puntuación media de  $7,1 \pm 1,3$ , siendo la valoración obtenida con una mayor frecuencia la de 6-7. La puntuación media del dolor agudo fue de  $7,2 \pm 1,3$  y en el tipo crónico de  $7 \pm 1,3$ . El 83,4% de los pacientes presentaron alguna enfermedad concomitante. Las enfermedades asociadas fueron muy variadas, pero destacan por su frecuencia la hipertensión arterial (53,5%), dislipemias (28,6%), obesidad (27,3%) y diabetes (19,3%). Un 38% de pacientes tenía o había tenido alteraciones gastrodigestivas, de los cuales un 68% las relacionaron con la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (un 25,5% del total de pacientes). Las manifestaciones neuropsiquiátricas del tipo de la depresión, la ansiedad y las alteraciones en el ritmo del sueño se relacionaron de forma direccional con el dolor. El grado de satisfacción con los tratamientos analgésicos previos fue bueno/muy bueno en el 30% de los pacientes, regular en el 46,2%, bueno en el 27,8%, malo-muy malo en el 23,5% y muy bueno sólo en el 2,5% de los pacientes. Los fármacos más utilizados en el presente estudio fueron el paracetamol (87,4%) y los AINE (51,2%). Los autores concluyen que el dolor crónico, de tipo nociceptivo, de etiología degenerativa y con una respuesta no muy satisfactoria a los tratamientos previos, configuran el perfil del paciente anciano con dolor que acude a la consulta del médico de atención primaria.

MARTÍN-ARAGUZ A<sup>1-3</sup>, GARRIDO-CARRIÓN A<sup>2</sup>, FERNÁNDEZ-ARMAYOR V<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario del Aire. Universidad Complutense. <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa. Universidad San Pablo-CEU. <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Policlínica de Especialidades CMH. <sup>4</sup>Unidad de Ciencias Neurológicas. Madrid

### Profilaxis de la cefalea crónica diaria con una pauta simplificada de administración subcutánea de toxina botulínica tipo A

Rev Neurol. 2007;45:385-8

Las cefaleas primarias constituyen una de las afecciones neurológicas más prevalentes en la especie humana. Las formas con elevada frecuencia y cronicidad, como la cefalea crónica diaria (CCD), suponen un problema sanitario de primer orden y un reto para el clínico. La toxina botulínica tipo A (TBA) se utiliza desde hace años en la profilaxis de las cefa-

leas crónicas de elevada recurrencia, con pautas de infiltración y resultados variables. Los autores llevan a cabo este estudio retrospectivo con el objetivo de determinar la eficacia preventiva y demostrar la rapidez, comodidad y tolerabilidad de una pauta simplificada de infiltración subcutánea de TBA en la profilaxis de la CCD. Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de un total de 843 pacientes que reunían criterios de CCD, tratados en la Unidad de Cefaleas del Hospital Central de la Defensa de Madrid durante un periodo de 4 años (junio de 2002 a junio de 2006), que procedían de las consultas de neurología general de cinco hospitales y centros de especialidades del área metropolitana de Madrid. Por persistir la cefalea de forma altamente incapacitante y tras haber agotado previamente todas las estrategias terapéuticas en estos pacientes, se infiltraron pericranealmente 100 U de TBA (Botox) en una pauta simplificada subcutánea (tipo «dosis fija-sitio fijo») en tres puntos hemicraneales (frontal, 25 U; temporal, 12,5 U; occipital, 12,5 U; total, seis puntos) durante periodos de al menos 3 meses. En primer lugar se valoró la eficacia del procedimiento cuantificando la reducción de la frecuencia media de crisis de cefalea en los 3 meses previos a las infiltraciones respecto a los 3 meses posteriores. En segundo lugar se midió la reducción del promedio mensual de días con cefalea, el porcentaje de pacientes con reducción de más del 50% de la frecuencia media de crisis de cefalea, y la reducción del consumo de analgésicos, con los siguientes resultados. La edad media de la muestra ( $n = 843$ ) fue de  $43,65 \pm 15,06$  años, con un 68,71% de mujeres y un 31,29% de hombres. La pauta propuesta de infiltración subcutánea de TBA produjo una reducción del  $78,91 \pm 6,81\%$  en la frecuencia de crisis mensuales de cefalea en los 3 meses tras las infiltraciones respecto al trimestre previo ( $p < 0,001$ ). El total mensual de días con cefalea se redujo en un  $62,38 \pm 12,8\%$  ( $p < 0,001$ ). El 92,8% de los pacientes refirió una reducción de al menos un 50% de los días con cefalea mensuales. Concomitantemente, hubo una reducción muy significativa ( $p < 0,001$ ) en el consumo de analgésicos: la frecuencia media mensual se redujo de  $21,48 \pm 2,47$  a  $1,96 \pm 1,27$  días. Los pacientes redujeron el uso medio mensual de analgésicos desde  $126,01 \pm 24,7$  dosis a  $6,65 \pm 2,27$  tomas en los 3 meses que siguieron a las infiltraciones. Hubo pocos efectos adversos (0,59%), ninguno grave. La conclusión de este estudio es que la infiltración simplificada subcutánea pericraneal de la TBA no solamente es muy eficaz en la prevención objetiva y subjetiva de la CCD, sino que es un procedimiento excelentemente tolerado y que carece de efectos

adversos importantes. En resumen, la TBA es muy eficaz, cómoda, rápida y segura en la prevención de la CCD.

**RAMOS DELGADO I, SAMSÓ SABÉ E**

**Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Universitario Mar-Esperanza (IMAS). Barcelona**

**Analgesia y sedación del paciente crítico en ventilación mecánica**

**Rev Esp Anestesiología Reanim. 2007;54:302-12**

Proporcionar una adecuada analgesia y sedación en pacientes críticos que requieren ventilación mecánica constituye una parte importante en el manejo global de estos pacientes. El conocimiento de las estrategias de administración y del comportamiento farmacocinético y farmacodinámico de los agentes sedantes y analgésicos, en el contexto de cada paciente, son imprescindibles para la terapia más apropiada. En este artículo los autores revisan los métodos de evaluación, las recomendaciones terapéuticas más recientes y una serie de fármacos analgésicos y sedantes. Para la realización de este artículo efectúan una búsqueda bibliográfica en PubMed con los términos «guidelines sedation AND analgesia», «sedation AND critical care», «analgesia AND critical care» y «sedation AND analgesia AND artificial ventilation». La búsqueda se limitó a artículos publicados en español o inglés, y al periodo de tiempo comprendido entre enero de 1995 y octubre de 2005. Asimismo, se revisó la bibliografía de estos artículos para la posible inclusión de otros trabajos. En la revisión se comenta la necesidad de analgesia y sedación, para atenuar la respuesta de estrés, con activación del sistema nervioso simpático, que se desencadena con la existencia de dolor, y algunos factores que pueden influir en la percepción del mismo. Sobre la evaluación de analgesia, en pacientes que se pueden comunicar, se utilizan las escalas verbales, visuales y numéricas. En pacientes que no se pueden comunicar, se basa en la observación subjetiva de comportamientos, expresión facial y posturas o movimientos corporales. En cuanto a la sedación, es necesaria su evaluación en pacientes críticos para evitar tanto la infra como la sobredosificación. Se revisan los métodos subjetivos mediante diversas escalas de evaluación de la sedación para pacientes de unidades de cuidados críticos (UCI). La *Riker Sedation-Agitation Scale* (SAS); la *Motor Activity Assessment Scale* (MAAS); la *Vancouver Interaction and Calmness Scale* (VICS); la *Richmond Agita-*

*tion-Sedation Scale* (RASS); la *Ramsay Scale*; la *Observer's Assessment of Alertness/Sedation Scale* (OAASS); la *COMFORT Scale*; la *Brussels Sedation Scale*; la Escala de Coma de Glasgow modificada por Cook y Palma; la *Bion Scale*, etc. En cuanto a los métodos objetivos, se comenta la variabilidad de la frecuencia cardíaca, la contractilidad esofágica inferior y el índice biespectral (BIS). Referente a las estrategias de administración, se mencionan algunas recomendaciones de la «Guía Práctica sobre el uso de sedantes y analgésicos en pacientes adultos críticos» del Colegio Americano de Medicina de Cuidados Críticos (2002). En cuanto a los fármacos analgésicos, los más utilizados son los analgésicos opioides y también los más recomendados. Se revisan las propiedades de la morfina, el fentanilo, la hidromorfona, la meperidina, los opioides agonistas-antagonistas (buprenorfina), la metadona y el remifentanilo. En cuanto a los analgésicos no opioides, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Sobre los fármacos sedantes, se revisan las benzodiazepinas (diacepam, midazolam, loracepam), el propofol, la ketamina, el etomidato y los barbitúricos. Se comenta la importancia de la agitación y delirio, que tiene una incidencia del 80% en pacientes de UCI con ventilación mecánica. Se mencionan los factores de riesgo y el haloperidol como tratamiento de elección del delirio/psicosis en UCI. En cuanto a la sedación y analgesia en pacientes críticos neurológicos, se indica que no existen suficientes estudios bien controlados, y su elección debe basarse en sus efectos a nivel de metabolismo cerebral y la presión intracraneal, citando las benzodiazepinas, los barbitúricos, el propofol, y los opioides. Por último, se comenta la situación de la analgesia y sedación en España y Europa. En España, el sedante que más se utiliza es el midazolam por encima del propofol (85 vs 45%). Como analgésico se utiliza más la morfina que el fentanilo (75 vs 15%). España es el segundo país de la Europa occidental que más utiliza escalas de sedación (65%, siendo la media de 43%). Aunque en las UCI europeas el sedante más utilizado es el midazolam, en las UCI quirúrgicas es el propofol. En analgésicos hay igualdad entre morfina y fentanilo. La escala de sedación más utilizada es la de Ramsay (74%). Los autores concluyen que la administración de una adecuada analgesia y sedación, en el contexto global del cuidado del paciente crítico que requiere ventilación mecánica, no es menos importante que otras medidas terapéuticas. Se debe utilizar una guía o protocolo para evaluar de forma regular el nivel de sedación del paciente usando una escala, y realizando los reajustes de dosis necesarios para evitar la infra/sobredosificación.

## VALLANO A<sup>1</sup>, PAYRULET P<sup>1</sup>, MALOUF J<sup>2</sup>, BAÑOS JE<sup>2</sup>; Y GRUPO CATALÁN DE INVESTIGACIÓN DEL DOLOR HOSPITALARIO

<sup>1</sup>Fundació Institut Català de Farmacologia. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. <sup>2</sup>Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona

### Estudio multicéntrico de la evaluación del dolor en el medio hospitalario

*Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2007;54:140-6

El dolor es una experiencia esencialmente subjetiva y su comprobación se fundamenta en la información que refiere el paciente, mediante el empleo de métodos de «autovaloración». La anotación del dolor en la documentación clínica ha recibido poco interés y existen pocos estudios publicados en nuestro país sobre su evaluación. Los autores llevan a cabo el presente estudio con el objetivo de describir y analizar la evaluación y el registro de la intensidad del dolor en los pacientes hospitalizados que tienen dolor. Se realizó un estudio transversal en 15 centros hospitalarios de Cataluña y se seleccionó una muestra representativa de todos los pacientes ingresados con dolor. Se recogió información sociodemográfica y clínica de los pacientes mediante entrevistas personales y del registro del dolor (descripción de la presencia de dolor, de la localización y de la intensidad del dolor) y del tratamiento analgésico, que se obtuvieron a partir de las historias clínicas (curso de evolución clínica, hojas de tratamiento y hojas de enfermería). Se realizó un análisis multivariante para identificar los factores relacionados con el registro de la intensidad del dolor en las historias clínicas. Se entrevistaron 1.675 pacientes, de los que se incluyeron 1.038 (62%; IC 95%: 59,7-64,3) que tuvieron dolor durante su ingreso en el hospital. De éstos, 684 pacientes estaban ingresados en seis hospitales grandes y 354 pacientes en nueve hospitales de pequeño y mediano tamaño; 859 pacientes estaban ingresados en 10 hospitales docentes y 179 en cinco hospitales no docentes. La edad media (DE) de los pacientes fue de 56,1 (18,9) años (edad mediana 59; márgenes: 18-98). La puntuación mediana del máximo dolor de los pacientes en el ingreso fue de 60 mm (márgenes: 10-100 mm). En la entrevista, 356 pacientes puntuaron la intensidad del máximo dolor que tuvieron igual o inferior a 30 mm y 682 pacientes superior a 30 mm. Se trataron con analgésicos 829 pacientes (79,9%; IC 95%: 77,5-82,3). Comunicaron espontáneamente el dolor que tenían al personal sanitario 735 pacientes (70,8%; IC 95%: 68-

73,6). Se anotó la presencia de dolor en las historias clínicas en 809 pacientes (77,9%; IC 95%: 75,4-80,4) y no se registró en las historias de 229 (22,1%; IC 95%: 19,6-24,6). En las historias de 650 pacientes (62,6%; IC 95%: 59,7-65,5) se anotó la localización del dolor de los pacientes y no se anotó en las historias de 338 (37,4%; IC 95%: 34,5-40,3). Fueron de localización abdominal en 200 pacientes (30,8%), de extremidades inferiores y cadera en 143 (22%), torácica en 95 (14,6%), de espalda en 85 (13,1%), de múltiples localizaciones en 42 (6,5%), de cabeza en 39 (6%), de extremidades superiores y hombro en 33 (5,1%) y genitourinarias en 13 (2%). Se registró la intensidad del dolor en las historias clínicas de 497 pacientes (47,9%; IC 95%: 44,9-50,%) y en las de 541 (52,1%; IC 95%: 49,1-55,1) no se anotó ninguna valoración de la intensidad del dolor. Se anotó la intensidad del dolor en un 68,9% (IC 95%: 61,4-76,4) de los pacientes neoplásicos, en un 43% (IC 95%: 38,2-47,8) de los postoperados, en un 38,2% (IC 95%: 35-41,4) de los traumá-

ticos y en un 26,6% (IC 95%: 16,9-36,3) de las mujeres posparto. En los diferentes hospitales que participaron se observó una gran heterogeneidad tanto en el registro del dolor (desde un 51,9 hasta un 100%) como en la localización del dolor (desde un 13 hasta un 100%). Los factores relacionados con un mayor registro de la intensidad del dolor en las historias clínicas fueron las características demográficas (edad > 65 años) y clínicas de los pacientes (neoplásicos, traumáticos y los que comunicaron espontáneamente el dolor al personal sanitario), y las características hospitalarias (servicios clínicos de medicina interna y cirugía general, grandes hospitales y hospitales docentes). Los autores concluyen que el registro de la intensidad del dolor de los pacientes en los hospitales es insuficiente, aunque existe una amplia variabilidad entre los hospitales. La evaluación y el registro de intensidad del dolor es un indicador de calidad asistencial y debería ser una actividad rutinaria en el proceso asistencial hospitalario.