

PAIN & SPAIN

DOLOR. 2008;23:133-6

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 2008/01/21 a 2008/02/29), en continuidad a la búsqueda anterior (Dolor. 2008;23[1]:64-8). 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.

*AOMAR MILLÁN IF¹, CANDEL ERENAS JM¹, RAMÍREZ HERNÁNDEZ JA², CANDEL DELGADO JM³. ¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²Servicio de Cardiología. Unidad de Hemodinámica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ³Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. Actualización del diagnóstico y tratamiento de la angina vasospástica. *Rev Clin Esp.* 2008;208:94-6.

*BASURTO OÑA X¹, ROBLES PEREA L². ¹Servicio de Urgencias. Hospital de Figueres. Fundació Salut Empordà. Figueres. Girona. ²Servicio de Geriátría. CSS Bernat Jaume. Fundació Salut Empordà. Figueres. Girona. Antiinflamatorios para el cólico biliar: revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos. *Gastroenterol Hepatol.* 2008;31:1-7.

BRAÑA MARCOS B. Unidad de Cuidados Intermedios. Comisión de Investigación. Unidad de Investigación. Fundación Hospital de Jove. Gijón, Asturias. El manejo del dolor del pezón y/o las lesiones asociadas a la lactancia materna. *Enferm Clin.* 2007;17:334-6.

JIMÉNEZ RODRÍGUEZ RM, DÍAZ PAVÓN JM, VÁZQUEZ MONCHUL JM, SOCAS MACÍAS M, SÁNCHEZ GIL JM. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Causa infrecuente de dolor abdominal: sarcoma de Swing. Uncommon cause of abdominal pain: Ewing's sarcoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007;99:734-6.

KHOSRAVI SHAHI P, DEL CASTILLO RUEDA A, PÉREZ MANGA G. Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Manejo del dolor oncológico. *An Med Interna.* 2007;24:553-6.

*KOVACS FM¹, ABRAIRA V², ROYUELA A², CORCOLL J³, ALEGRE L⁴, CANO A², MURIEL A², ZAMORA J², DEL REAL MT¹, GESTOSO M, MUFRAGGI N¹. ¹Departamento Científico, Fundación Kovacs, Palma de Mallorca. Unidad de Bioestadística Clínica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³Direcció General de Planificació i Finançament. Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears. Palma de Mallorca. ⁴Servei de Planificació i Coordinació Asistencial. Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut). Palma de Mallorca. Minimal clinically important change for pain intensity and disability in patients with non-specific low back pain. *Spine.* 2007;32:2915-20.

*LÓPEZ-MARTÍNEZ AE, ESTEVE-ZARAZAGA R, RAMÍREZ-MAESTRE C. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga. Málaga. Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *J Pain.* 2008; [Epub ahead of print] doi:10.1016/j.jpain.2007.12.002.

AOMAR MILLÁN IF¹, CANDEL ERENAS JM¹, RAMÍREZ HERNÁNDEZ JA², CANDEL DELGADO JM³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²Servicio de Cardiología. Unidad de Hemodinámica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ³Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada

Actualización del diagnóstico y tratamiento de la angina vasospástica

Rev Clin Esp. 2008;208:94-6

Los autores presentan una actualización del diagnóstico y tratamiento de la angina vasoespástica. Aunque el proceso ateromatoso es la causa principal de la enfermedad coronaria, en ocasiones se observan manifestaciones clínicas de isquemia miocárdica que no presentan el sustrato aterotrombótico clásico. La angina vasoespástica o angina variante de Prinzmetal es una de ellas. Es una forma particular de angina inestable que se caracteriza por la presencia de episodios espontáneos de angina sin factores desencadenantes habituales y asociados a alteraciones electrocardiográficas particulares en forma de elevaciones transitorias del segmento ST. Este fenómeno electrocardiográfico se produce por un vasospasmo coronario que da lugar a una isquemia miocárdica debida a una abrupta, marcada y transitoria reducción de la luz de alguna de las arterias coronarias epicárdicas. Además del vasospasmo, se produce una anomalía funcional de la microcirculación que contribuye al desarrollo de la isquemia miocárdica. Aunque la patogénesis de este proceso es desconocida, se han identificado algunos factores que intervienen en su aparición, como el sistema nervioso autónomo parasimpático y la estimulación de los α -adrenoreceptores de los vasos; la disfunción endotelial por disminución de la producción de óxido nítrico a nivel coronario; el aumento de la actividad de la endotelina y el estrés oxidativo. Los pacientes con angina variante presentan un perfil clínico diferente al de los pacientes con otras formas de angina inestable y de los afectados de angina crónica estable. Suelen ser más jóvenes, sin factores de riesgo cardiovascular clásicos, excepto el tabaquismo. Suele ser frecuente su asociación con otros trastornos que cursan con vasospasmo en otros territorios vasculares arteriales, como la migraña o el fenómeno de Raynaud. La clave fundamental para el diagnóstico de este tipo de angina es la demostración de una elevación del segmento ST durante los episodios de dolor torácico, que vuelve a su situación basal cuando desaparece aquél, lo que se cree debido a la producción de una isquemia transitoria reversible producida por el espasmo coronario. El diagnóstico se dificulta mucho en ausencia de estas alteraciones y debe confirmarse, si la sospecha clínica es elevada, mediante pruebas de provocación de vasospasmo coronario, ya que de lo contrario puede haber casos infradiagnosticados o catalogados como otras enfermedades. El tratamiento está basado en la modificación de los factores de riesgo cardiovascular, sobre todo el abandono tabáquico, y el estricto control lipídico, pues un incremento plasmático en los niveles de triglicéridos, colesterol LDL y homocisteína se relacionan con una mayor alteración del endotelio de las arterias coronarias, lo que acelera las lesiones arterioscleróticas. El tratamiento farmacológico se fundamenta

en la administración de antagonistas del calcio (nifedipino, diltiazem y verapamilo) y nitratos, para prevenir la vasoconstricción y promover la vasodilatación coronaria. Si esta asociación no es eficaz, se utilizan bloqueadores de los α -adrenoreceptores. Si el tratamiento farmacológico falla, pueden considerarse alternativas como la denervación quirúrgica y la plexectomía. La angioplastia coronaria transmural (ACTP) está contraindicada para el tratamiento del espasmo focal asociado con lesiones fijas mínimamente obstructivas, aunque puede ser de gran utilidad en presencia de lesiones estenóticas significativas. Tanto los bloqueadores cardioselectivos de los β -adrenoreceptores como el propranolol no se deben utilizar, pues pueden exacerbar el vasospasmo coronario. El ácido acetilsalicílico se usará con precaución, pero es mejor evitarlo, ya que es un inhibidor de la síntesis de prostaciclina. La progresión de este tipo de angina hacia un infarto agudo de miocardio (IAM) por placa complicada es un hecho relativamente poco frecuente.

BASURTO OÑA X¹, ROBLES PEREA L²

¹Servicio de Urgencias. Hospital de Figueres. Fundació Salut Empordà. Figueres. Girona. ²Servicio de Geriátria. CSS Bernat Jaume. Fundació Salut Empordà. Figueres. Girona

Antiinflamatorios para el cólico biliar: revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos

Gastroenterol Hepatol. 2008;31:1-7

El tratamiento farmacológico analgésico en los episodios de cólico biliar se ha investigado mucho menos que el tratamiento quirúrgico de la colelitiasis/coledocolitiasis. Los autores realizan el presente estudio con el objetivo de aportar los datos más relevantes a partir de una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y un metaanálisis de las medidas homogéneas de resultado, con el fin de responder con un exhaustivo diseño metodológico la pregunta clínica planteada: en pacientes adultos que acuden a un servicio de urgencias con un cuadro de cólico biliar, el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) comparado con otros grupos de fármacos analgésicos, ¿es más efectivo y seguro? Para ello se identificaron todos los ECA sobre el tema en Medline (PubMed), Central (Biblioteca Cochrane Plus), ClinicalTrials.gov, Lilacs, Teseo (base de datos de tesis doctorales) e IME-Biomedicina (base de datos bibliográfica de CSIC), publicados hasta mayo de 2007. Asimismo se realizó una búsqueda manual en las listas de referencia de los ensayos identificados en busca de ECA adicionales. Se incluyeron todos los ECA doble ciego en los que se comparó un AINE con cualquier otra

intervención activa (no placebo) en pacientes adultos diagnosticados de cólico biliar no complicado. Los ECA debían presentar los resultados con alguna de las siguientes variables de resultado: analgesia de rescate, rapidez analgésica, evolución a una colecistitis aguda y efectos secundarios de los medicamentos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa *Review Manager* (RevMan) con un modelo de efectos fijos. Los resultados se expresan como *odds ratio* (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95%. Se exploró la heterogeneidad mediante la prueba de la χ^2 con un valor de significación de $p \leq 0,1$. Se identificaron 122 ECA, 70 en Medline y 43 en Central. Las otras bases de datos no aportaron nuevos estudios a la revisión. Para esta revisión sistemática y metaanálisis se seleccionaron 7 ECA, con 349 pacientes, 164 asignados a AINE y 185 a otros grupos analgésicos. La comparación entre AINE y todos los otros analgésicos (opioides, espasmolíticos, metamizol) muestra un beneficio a favor de los primeros, con una menor necesidad de rescates analgésicos (OR: 0,32; IC 95%: 0,16-0,61) y una menor evolución a colecistitis aguda (OR: 0,19; IC 95%: 0,08-0,44). Los autores destacan el beneficio de los AINE cuando se comparan con todos los otros analgésicos en bloque, ya que se obtuvieron mejores resultados en dos de las tres medidas de resultados. Los AINE demuestran ser más eficaces al requerir menos dosis adicionales de analgésicos. Esto puede suponer más rapidez analgésica y menor riesgo de efectos adversos farmacológicos. Hay que tratar a cinco pacientes (rango, 4-10) con AINE para evitar que uno requiera una dosis extra de analgésico, que precisaría si se utilizara otro fármaco. Tratando a 100 pacientes con AINE, se evitan 20 dosis extra de analgésico. Asimismo, los AINE han demostrado su capacidad para influir en el pronóstico o evolución natural del cólico biliar, disminuyendo el riesgo de que éste evolucione en las siguientes horas a una colecistitis aguda. Hay que tratar a sólo cuatro pacientes (rango, 3-6) con AINE para evitar que un caso se complique con una colecistitis aguda. Tratando a 100 pacientes con AINE, se evitan unas 25 colecistitis agudas que se producirían si se trataran con otros analgésicos. Los autores concluyen que los AINE son los analgésicos de primera elección en el cólico biliar no complicado, ya que son más eficaces y tienen capacidad de mejorar el pronóstico, pues limitan la evolución del cólico a colecistitis aguda.

KOVACS FM¹, ABRAIRA V², ROYUELA A², CORCOLL J³, ALEGRE L⁴, CANO A², MURIEL A², ZAMORA J², DEL REAL MT¹, GESTOSO M, MUFRAGGI N¹

¹Departamento Científico, Fundación Kovacs, Palma de Mallorca. ²Unidad de Bioestadística Clínica. Hospital

Ramón y Cajal. Madrid. ³Direcció General de Planificació i Finançament. Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears. Palma de Mallorca. ⁴Servei de Planificació i Coordinació Asistencial. Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut). Palma de Mallorca

Minimal clinically important change for pain intensity and disability in patients with non-specific low back pain

Spine. 2007;32:2915-20

El cambio mínimo de importancia clínica (MCIC) se define como la variación mínima de síntomas que es significativa para los pacientes. Se trata de un estudio de cohorte diseñado para calcular el MCIC en la escala numérica de valoración de la intensidad del dolor (PI-NRS) y en el cuestionario de discapacidad Roland Morris (RMQ), en pacientes con lumbalgia (LBP) subaguda y crónica, con y sin dolor referido a la pierna (LP), visitados en la práctica clínica ordinaria en el Sistema Nacional de Salud Español (Servicio de Salud de Baleares). Se tomaron los datos basales y a las 12 semanas. Como datos previos, se indica que el MCIC ha sido explorado en pacientes anglosajones y del norte de Europa con lumbalgia, pero no se dispone de datos sobre la influencia del LP sobre el MCIC. En los pacientes del sur de Europa, los factores de discapacidad han sido diferentes, y no se conoce el MCIC para el dolor y la discapacidad. Para la realización de este estudio se utilizaron datos de farmacovigilancia poscomercialización de 1.349 pacientes con lumbalgia subaguda y crónica tratados en la práctica clínica ordinaria. En general fueron mujeres activas de mediana edad con dolor lumbar intenso y un alto grado de discapacidad. La mayoría (79,1%) refirieron LP y aproximadamente dos tercios eran crónicos. Se utilizaron tres métodos diferentes para estimar el MCIC tras un periodo de 12 semanas: la puntuación media del cambio (MSC), el cambio mínimo detectable (MDC), y el punto de corte óptimo (OCP) en las curvas ROC. El propio efecto global percibido por los pacientes se utilizó como el criterio externo. Se evaluaron el efecto del MCIC sobre los valores iniciales, la duración del dolor, y la existencia de LP. Los resultados de este estudio confirman que los diferentes métodos para estimar el MCIC para el dolor y la discapacidad llevan a la obtención de valores diferentes, siendo los derivados del OCP los más pequeños. Dependiendo de los métodos utilizados, el MCIC para la LBP varió de 1,5-3,2 puntos PI-NRS en pacientes con un valor basal por debajo de siete puntos, y de 2,5-4,3 en pacientes con un valor basal superior o igual a nueve puntos. El MCIC para la discapacidad varió de 2,5-6,8 puntos RMQ en aquellos con valores basales por debajo de 10 puntos, y de 5,5-13,8 en

aquellos con valores basales iguales o superiores a 15 puntos. Estos valores fueron similares en pacientes con LP, y no se vieron influenciados por la duración del dolor. Los autores concluyen que, en pacientes subagudos y crónicos, las mejoras en LBP de igual o menos de 1,5 puntos PI-NRS, o en la discapacidad de igual o menos de 2,5 puntos RMQ deben considerarse irrelevantes. En estos pacientes, el rango de valores MCIC son similares a los pacientes con LP, son consistentes entre diferentes culturas y permanecen estables con independencia de la duración del dolor.

LÓPEZ-MARTÍNEZ AE, ESTEVE-ZARAZAGA R, RAMÍREZ-MAESTRE C

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga. Málaga

Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients

J Pain. 2008; [Epub ahead of print] doi:10.1016/j.jpain.2007.12.002

Como alternativas a un modelo biomédico, los modelos biopsicosociales contemplan el dolor como emergente de una compleja interacción de variables biológicas, psicológicas y sociales. Desde esta perspectiva se consideran tres categorías de variables psicológicas como importantes para la predicción del dolor: la cognición, las respuestas de afrontamiento y las variables de entorno social, incluyendo el apoyo social. A pesar de evidencias que apoyan la importancia potencial del apoyo percibido en el ajuste del dolor crónico, no existen estudios que analicen la relación entre todas las variables psicosociales (apoyo, afrontamiento y ajuste del dolor) al mismo tiempo. El propósito del presente estudio fue ensayar un modelo hipotético de las relaciones entre el apoyo social percibido, las respuestas de afrontamiento al dolor, la intensidad del dolor, el humor deprimido y la discapacidad funcional (estado funcional y estado deficiente) en una población de pacientes con dolor crónico en una unidad de dolor clínica española. Se postuló que el apoyo social y las respuestas de afrontamiento al dolor, consideradas en el modelo como variables exógenas relacionadas, influenciaban ambas de forma independiente las variables endógenas (intensidad del dolor referido, el humor deprimido, y la discapacidad funcional-estado funcional y estado deficiente). Los análisis para considerar la influencia simultánea de todas las variables se efectuaron mediante un modelo de ecuaciones estructurales. Participaron en el estudio 117 pacientes con dolor crónico (diario o casi diario durante al menos 6 meses), procedentes de la Unidad de Dolor Clínico del Hospital Universitario

Carlos Haya, de Málaga. La edad media de los participantes era de 54,03 años (DS: 1,33). El 71% eran mujeres (n: 84). La duración media del dolor era de 11,49 años (DS: 10,06). Cada participante fue entrevistado por un psicólogo para recoger su historial médico, social y demográfico mediante la cumplimentación de un cuestionario que evaluaba las variables sociodemográficas y las relativas a su dolor. Cada paciente determinó la intensidad de su dolor mediante la escala 0-10, 3/día, y se obtuvo el valor medio durante la última semana. El apoyo social se evaluó mediante la versión española del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Para evaluar la utilización del afrontamiento al dolor se utilizó la versión española del *Vanderbilt Pain Management Inventory* (VPMI), de 18 puntos, con dos escalas (pasiva y activa). Los pacientes completaron los siete puntos de la escala de depresión de la versión española de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), de 14 puntos. Se utilizó el *Functioning Inventory for Chronic Pain Patients* (IFI) de 37 puntos, para medir los comportamientos autónomos, el tiempo de ocio y las relaciones sociales. Los autores indican que los resultados apoyan parcialmente sus predicciones. Este estudio indica que la satisfacción con el apoyo social está asociada significativamente con un humor deprimido y con la intensidad del dolor, pero no con la discapacidad funcional. Aunque este efecto es independiente de la utilización de respuestas de afrontamiento activas por parte de los pacientes, existe una relación modesta pero significativa entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento pasivas, indicando que mayores niveles de apoyo social percibido se relacionan con estrategias de afrontamiento al dolor menos pasivas. Los resultados muestran que el apoyo social percibido tiene un efecto negativo en la intensidad del dolor y en la depresión, y el afrontamiento pasivo tiene un efecto positivo sobre la depresión y la intensidad del dolor. Por otra parte, el afrontamiento activo tiene un efecto negativo sobre la depresión y deficiencia funcional y un efecto positivo en el estado funcional. En el presente estudio, los resultados sugieren que los pacientes que reciben mayores niveles de apoyo social no solamente muestran una disminución de la depresión sino también en la intensidad del dolor, lo cual a su vez disminuye la discapacidad funcional y aumenta el estado funcional, apuntando a los efectos beneficiosos del apoyo social percibido en pacientes con dolor crónico. En resumen, los resultados de este estudio indican que el apoyo social percibido y el afrontamiento del dolor son predictores independientes de la adaptación del dolor crónico, muestran la importancia potencial de los factores psicológicos en la adaptación del dolor crónico y proporcionan un apoyo para un modelo biopsicosocial de dolor.