

Revista de Revistas

Fernández, Rodrigo ⁽¹⁾

Eficacia de las Inyecciones Intrarticulares de Ácido Hialurónico para el Tratamiento de la Artrosis de Rodilla: Resultados de una Serie de Casos Tratados en una Unidad del Dolor. *Rev Soc Esp Dolor* 2017; 24(2): 74-84 / DOI: 10.20986/resed.2016.3485/2016. M. D. Rodrigo Royol, J. C. Quero López, R. M. Aparicio Abiol, P. Cía Blasco, P. Baltanás Rubio y M. P. Acín Lázaro. *Unidad del Dolor. Hospital Universitario Lozano Blesa y Servicio de Anestesiología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.*

Este estudio tiene como objetivo evaluar los resultados de tratamiento del dolor y función articular en pacientes con artrosis de rodilla, utilizando como tratamiento ácido hialurónico intraarticular. Método: Pacientes con diagnóstico clínico y radiológico de artrosis en diferentes fases de evolución en una o ambas rodillas, tratados en la Unidad del Dolor de un hospital de tercer nivel. Se recogió prospectivamente la información facilitada por el paciente siguiendo la práctica clínica habitual. Características sociodemográficas y clínicas. Se realizaron valoraciones pre y postratamiento del dolor en reposo, a la deambulación y al subir/bajar escaleras, rigidez matutina, tiempo caminando y las horas/calidad del descanso nocturno. En la visita postratamiento, se registraron, además, el grado de mejoría experimentada, duración de la misma y la satisfacción del investigador. El tratamiento consistió en una única inyección de ácido hialurónico por vía intraarticular, con posibilidad de una dosis de recuerdo. Resultados: Se incluyeron 29 pacientes (52 rodillas); en 23 se trataron ambas rodillas (n = 46) y en 6, una rodilla. El 92,3% corresponde a articulaciones artrósicas con un tiempo de evolución > 12 meses, con grado clínico 4-5 en el 61,6% de las rodillas tratadas (n = 32) y grado radiológico III-IV de Kellgren y Lawrence en el 67,7% (n = 35), por lo que un 55,8% de los casos fueron calificados como severos por los investigadores. En los parámetros de dolor y funcionalidad, hubo una mejoría significativa (p < 0,001). El tiempo caminando se incrementó en más del 100%, el 67,3% de los pacientes definió su calidad de sueño como normal, frente al 38,5% inicial. La mejoría fue valorada por el investigador como buena o muy buena en el 73,1% de los casos. Conclusiones: Se confirma la eficacia de una única inyección de ácido hialurónico para reducir la sintomatología en pacientes con gonartrosis en diferentes grados de severidad, con resultados que se mantienen entre 6 y 12 meses y siendo especialmente significativos en aquéllos con artrosis leve y moderada.

Efficacy of Sublingual Fentanyl vs. Oral Morphine for Cancer Related Breakthrough Pain. *Pain. Adv Ther. Advances in therapy*, 2014, 31(1), 107-117 | Velázquez Rivera I, Muñoz Garrido JC, García Velasco P, España Ximénez de Enciso I, Velázquez Clavarana L.

El estudio tiene como objetivo comparar en pacientes con dolor irruptivo oncológico (DIO), la eficacia, tolerabilidad y satisfacción del tratamiento, utilizando fentanilo sublingual (FSL) o morfina oral en solución. Es un estudio de tipo prospectivo, longitudinal, doble ciego y controlado que comprende un grupo de 40 pacientes con cáncer, con crisis de dolor irruptivo, quienes fueron elegidos en forma aleatoria, para recibir morfina oral o FSL. Fueron evaluados a los 3, 7, 15 y 30 días de iniciado el tratamiento. Antes de comenzar el estudio, se realizó un ajuste individual para obtener una dosis efectiva de cada opioide. La eficacia en el manejo del dolor irruptivo se evaluó por medio de la escala EVA (intensidad del dolor), frecuencia de episodios, e inicio del alivio del dolor (0-5 minutos, 6-10 minutos, 11-15 minutos, y más de 16 minutos). Se estudiaron en forma secundaria, el tiempo necesario para alcanzar una titulación adecuada, la satisfacción (muy satisfecho, satisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho) y los efectos adversos. Resultados: El tipo de dolor irruptivo más frecuente en ambos grupos de tratamiento fue el de tipo incidental. Las dosis medias de opioides usados para el manejo del DIO fueron $235 \pm 23,4 \mu\text{g}$ en el grupo que recibió FSL y $38 \pm 5,2 \text{ mg}$, para quienes recibieron morfina por vía oral. La intensidad del dolor en los pacientes tratados con FSL fue significativamente más baja en todos los controles comparado con morfina oral (p<0,001). FSL proporcionó un alivio del dolor significativamente más rápido (p<0,001), siendo la media 5,5 min al cabo de 30 días con FSL. El uso de FSL permitió un tiempo de titulación significativamente más bajo que morfina oral ($6,6 \pm 3,3$ días vs. $13,3 \pm 4,9$ días; p<0,001). El 65% de los pacientes con FSL estuvo muy satisfecho con el tratamiento, frente a un 10% de pacientes satisfechos con morfina oral. No hubo pacientes insatisfechos con FSL, frente a un 25% de pacientes insatisfechos con morfina oral y un 5% muy insatisfecho. Los efectos adversos fueron similares, con un mayor porcentaje de pacientes con vómitos en el grupo de morfina oral, y algo más de somnolencia con FSL. Se concluye por los autores que FSL es más efectivo que morfina oral en el manejo del DIO.

(1) Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital del Salvador. Director Capítulo Chileno Paliativos Sin Fronteras. Santiago. Chile.

Complex Regional Pain Syndrome—Up-to-Date. *Birklein, Frank; Dimova, Violeta. PAIN Reports: November/December 2017. Volume 2. Issue 6. p e624 doi: 10.1097/PR9.0000000000000624. PAIN Clinical Updates.*

En el sitio web de la IASP (www.iasp.org) encontramos la columna de Actualización Clínica, donde se presentan diversos tópicos actualizados de dolor. En el número correspondiente a diciembre de 2018, se presenta una actualización muy completa y resumida del Síndrome Regional Complejo (SRC), en el que se abarcan los aspectos: Históricos, Factores para su desarrollo y pronóstico, Clasificación y Diagnóstico, Sintomatología clínica, Fisiopatología, Factores Psicosociales y Opciones terapéuticas que contempla 6 aspectos del tratamiento.

El artículo revisa la evolución que ha tenido a lo largo del tiempo el Síndrome Regional Complejo, que hace 100 años se definiera inicialmente como Causalgia, luego como Distrofia Simpática Refleja para llegar finalmente a la denominación actual.

El SRC se caracteriza por una constelación clínica típica de dolor, síntomas sensoriales, autónomos, motores o tróficos que no pueden explicarse por el trauma inicial. Estos síntomas se extienden distalmente y no se limitan a los territorios de inervación. Si el SRC no mejora en la fase aguda y se vuelve crónico, los síntomas visibles cambian a causa del cambio de la fisiopatología; el dolor, sin embargo, permanece. El diagnóstico es principalmente clínico, aunque en casos complejos se justifica un examen técnico adicional, principalmente para la exclusión de diagnósticos alternativos. En la fase inicial, la fisiopatología está dominada por una reacción inflamatoria postraumática por la activación del sistema inmunitario intrínseco y adaptativo. Se desarrollan mientras la inflamación es moderada, procesos de sensibilización nociceptiva central. Los síntomas incluyen trastornos del movimiento, temperatura alterna de la piel, pérdida sensorial, hiperalgesia y trastornos de la percepción corporal. Los factores psicológicos, como el estrés postraumático o el miedo relacionado con el dolor, pueden afectar el curso y la capacidad de tratamiento de los SRC. El tratamiento debe ajustarse idealmente a la fisiopatología. El tratamiento farmacológico puede ser particularmente efectivo en etapas agudas e incluye esteroides, bifosfonatos y crema de dimetilsulfóxido. Los analgésicos antineuropáticos comunes se pueden recomendar empíricamente. La administración intravenosa de ketamina a largo plazo, ha demostrado ser eficaz en ensayos controlados aleatorios, pero su aplicación repetida es exigente y tiene efectos secundarios. Los componentes importantes del tratamiento incluyen fisioterapia y terapia ocupacional, incluida la terapia conductual (por ejemplo, exposición graduada in vivo e imagen motora graduada). Si existen comorbilidades psicosociales, los pacientes deben ser tratados y apoyados adecuadamente. Los métodos invasivos solo deben utilizarse en centros especializados y en casos cuidadosamente evaluados. Teniendo en cuenta estos aspectos fundamentales, el SRC, a menudo sigue siendo un trastorno de dolor crónico, pero los casos devastadores deberían ser raros.

El artículo publicado por Pain nos actualiza frente a este antiguo pero prevalente cuadro, orientándonos en su diagnóstico y las posibles estrategias terapéuticas.

No Pain Relief from Morphine? Individual Variation in Sensitivity to Morphine and the Need to Switch to an Alternative Opioid in Cancer Patients. *Riley J, Ross JR, Rutter D. et al. Support Care Cancer. 2006; 14(1):56-64*

La morfina es la piedra angular para el manejo del dolor en los enfermos de cáncer, sin embargo, su respuesta clínica en las personas puede ser muy variable. Los pacientes “no respondedores a morfina” pueden verse beneficiados en el alivio del dolor, al ser cambiados a otro opioide, situación que se denomina “rotación opioide”. Este procedimiento se refiere a utilizar un opioide alternativo, con el propósito de mejorar el efecto analgésico, reduciendo los efectos secundarios.

En este estudio prospectivo, realizado por Riley, en pacientes con cáncer, se evalúan los beneficios clínicos obtenidos al cambiar el uso de morfina a una droga alternativa de primera línea como Oxycodona (OxyContin). El estudio abarcó una cantidad de 186 enfermos, divididos en 2 cohortes:

- 74% (138/186) fueron pacientes “respondedores” a morfina, que habían estado mínimo 4 semanas en tratamiento con morfina, con buena respuesta analgésica y con mínimos efectos secundarios.

- 26% (48/186) fueron pacientes “no respondedores” a morfina, que tenían poco control del dolor y/o efectos secundarios intolerables, a pesar de una adecuada dosis de titulación con morfina.

37 Pacientes llegaron exitosamente al final del programa, al ser cambiados a Oxycontin y adicionalmente 4 tuvieron un alivio adecuado del dolor cuando fueron rotados a más de un opioide como alternativa. Se logró obtener un alivio del dolor con mínimos efectos secundarios en el 96% de los pacientes (179/186). En el estudio analizado se concluye que se obtiene un buen alivio del dolor, en pacientes “no respondedores” al rotar desde morfina a oxycodona.

Revista de Revistas en el XV Congreso de la SED 2018

Como autor de esta columna Revista de Revistas, a mi cargo casi desde el inicio de la revista El Dolor, quiero agradecer a la nueva directiva de ACHED - CP la confianza depositada en mi persona, para continuar con esta pequeña contribución en la labor de difusión y análisis de algunos de los variados y numerosos tópicos publicados en la literatura, relacionada al Dolor y a los Cuidados Paliativos. Desde estas páginas, deseo el mejor de los éxitos al Presidente electo de ACHED - CP y a su equipo de trabajo en el logro de los objetivos que mueven a nuestra sociedad científica.

En 1995 iniciamos un convenio de colaboración entre ACHED y la Sociedad Española del Dolor (SED), en el cual establecimos un intercambio permanente de información científica a través de nuestras revistas, participación y asistencia de un número determinado de socios a los respectivos congresos de ambas entidades, intercambio científico y posibilidad de capacitaciones para los chilenos en unidades de la SED. Este intercambio se ha mantenido de forma ininterrumpida hasta el día de hoy, con algunas pequeñas variaciones lógicas, de acuerdo a nuestras respectivas realidades, en cuanto al número oficial de concurrentes y su financiamiento. Este acuerdo ha permitido a muchos de los socios de ACHED - CP, tener la oportunidad de perfeccionarnos en algunas de las unidades

españolas de dolor, como también nos ha facilitado la asistencia a sus congresos.

El 2018 tuve el privilegio de ser uno de los representantes de **ACHED - CP** que asistió al **XV Congreso de la SED**, integrando el equipo de evaluadores de la sesión de póster. Se desarrollaron 19 ítems con un total de 228 trabajos. Sin duda, se trata de un gran aporte del mundo hispanoparlante el que se acopia en un libro de resúmenes que he puesto a disposición del director de la revista para ser incluido en nuestro sitio web, para conocimiento de nuestros socios.

En esta ocasión he escogido para esta sección un pequeño número de estas presentaciones para invitarlos a conocer el resto en nuestro sitio web. Cabe destacar que, entre las publicaciones, hay una perteneciente a la Unidad de Dolor Agudo del Hospital Padre Hurtado y que pongo a disposición de nuestros lectores, a quienes invito a presentar en el futuro sus experiencias en este tipo de actividades.

P-030 Prevalencia y Características del Dolor Irruptivo Asociado al Dolor Crónico por Lumbalgia en Andalucía: Estudio Columbus. *Rodríguez, Manuel; Torres, Luis;*

Jiménez, Javier; Cabezón, Ana.

Hospital Regional de Málaga, Hospital Puerta del Mar, Cádiz y Kyowa Kirin Farmacéutica, Madrid.

Introducción: El dolor irruptivo (DI) oncológico ha sido objeto de numerosos estudios recientes. Sin embargo, la prevalencia, características y tratamiento del DI asociado al dolor crónico por lumbalgia es poco conocido. Este tipo de DI puede afectar notablemente a la calidad de vida del paciente.

Objetivos: Evaluación de la prevalencia, caracterización y tratamientos del DI en pacientes con dolor crónico secundario a lumbalgia crónica en Andalucía y Melilla.

Metodología: Estudio observacional, multicéntrico y transversal, realizado entre julio y diciembre de 2015 con participación de 20 hospitales de Andalucía y Melilla. En el análisis de prevalencia del DI se incluyeron 1.868 pacientes y en el de caracterización 295 pacientes. En el estudio de prevalencia se recogieron las siguientes variables: presencia de DI, sexo y edad. En el estudio de caracterización se recogieron datos relativos al tipo y localización del dolor, tratamiento, cumplimiento, y satisfacción del paciente.

Resultados: La prevalencia del DI en pacientes con dolor crónico secundario a lumbalgia crónica es del 37,5% (IC 95%: 35,3%-39,7%), y es similar en hombres y mujeres. Un 75% de los pacientes eran mayores de 50 años. La media de DI fue de 84,4 puntos en la escala visual analógica (EVA). El 59,1% de los pacientes analizados había tenido más de 10 episodios de DI en el mes previo a la recogida de los datos y un 21,8% de los pacientes sufría más de 5 crisis diarias. El tratamiento del dolor crónico es tratado con una amplia gama de opiáceos. El fármaco preferente de los pacientes que controlan el DI con opiáceos es fentanilo (78,3%) y la forma de administración más común de éste es la nasal (53,2%). El grado de cumplimiento tanto para el dolor base como el DI es alto (>90%). El 46,3% de los pacientes consideran muy satisfactorio el control de su DI.

Conclusiones: El DI es frecuente entre los pacientes de lumbalgia crónica tratados con opiáceos. Los datos epidemiológicos sobre el DI en Andalucía y Melilla generados por este estudio nos ha permitido conocer su prevalencia y características, así como los tratamientos preferidos y el grado de satisfacción de los pacientes.

P-068 Complicaciones de Analgesia Epidural en 1689 Pacientes. Unidad de Dolor Agudo, Hospital Padre Hurtado *Mariño, Susan; Parra, Víctor; Hernández, Ricardo; Fernández, Nelson*

Introducción: Desde su creación en 2013, nuestra Unidad de Dolor Agudo ha controlado 1817 pacientes en diversas especialidades quirúrgicas. De ellos, 1.689 recibieron analgesia postoperatoria mediante catéter epidural.

Objetivos: Nuestro objetivo fue comparar la técnica epidural lumbar versus torácica, especialmente sus complicaciones.

Metodología: Se recogió retrospectivamente la información de 50 meses hasta enero de 2018, analizando un total de 1.689 pacientes con analgesia epidural, se realizó análisis demográfico y clínico comparando la técnica lumbar versus torácica, analizadas según t student o chi-2 según tipo de variables.

Resultados: En 1.026 pacientes (61%) se usó epidural lumbar (EL) y en 660 (39%) epidural torácica (ET). La media de EVA fue < 3 en las primeras 48 horas en ambos grupos. Los pacientes con EL fueron de mayor edad que aquéllos con ET (61±16,6 vs 57±16,6 años respectivamente, P<0,01 por t student). Del grupo EL, el 78% correspondió a cirugía traumatológica. Del grupo ET, el 52% fue cirugía digestiva, y menos del 1% cirugía traumatológica (P<0,001 por chi-2). Hubo mayor incidencia de complicaciones menores en EL versus ET (10% vs 5% respectivamente, P<0,001 por chi-2), con mayor incidencia de bloqueo motor (1,1%), retención urinaria (1,1%) e hipotensión (0,8%) en grupo EL, sin bloqueo motor ni retención urinaria en ET. La complicación más frecuente en ambos grupos fue la disfunción del catéter (4,2% y 3,2% en EL y ET respectivamente, P no significativo). Los síntomas neurológicos transitorios se observaron en 0,7% y 0,5% en EL y ET respectivamente (P no significativo). Hubo 5 punciones durales en el grupo EL y 2 en el ET (P no significativo). No hubo complicaciones mayores ni muertes relacionadas con la técnica analgésica. Hubo un 10,5% de pacientes ingresados, pero no controlados, sin variación entre los grupos.

Conclusiones: La analgesia epidural fue la técnica analgésica predominante en nuestra Unidad, principalmente EL, utilizada mayormente en cirugía traumatológica en población de mayor edad que el grupo ET. Hubo mayor incidencia de complicaciones menores en el grupo EL versus ET. Si bien, el bloqueo motor es una complicación frecuente de la epidural (ref-1), en nuestra revisión la observamos sólo en 1,1% de las EL, y en ningún caso en ET. Sumados bloqueo motor y síntomas neurológicos, ambas causas relevantes de suspensión de tratamiento, éstas ascendieron a sólo 1,8% en EL y 0,5% en ET. La complicación más frecuente fue disfunción de catéter, similar en ambos grupos (ref 2). La analgesia epidural continúa siendo una alternativa segura tanto en EL como ET, con baja incidencia de complicaciones.

P-071 Detección de Reacciones Adversas Secundarias a Opioides en el Servicio de Urgencias del H.U. La Princesa. *Ochoa, Dolores; Seronero, Gabriela; Sánchez, Noelia; López, Isabel; Pérez, Concepción. Unidad del Dolor Hospital Universitario de La Princesa.*

Introducción: La aparición de reacciones adversas (RAs) es una de las causas de mal cumplimiento terapéutico y mala adherencia al tratamiento con opioides. Identificar el número

de reacciones adversas que se consultan en el SU puede servir para llevar a cabo las medidas preventivas necesarias para evitar en lo posible los efectos adversos que más lleva a los pacientes a acudir a los SU y así mejorar el cumplimiento terapéutico y la adherencia al tratamiento, así como un mejor control del dolor.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es implementar un sistema proactivo de farmacovigilancia para la detección de RAs en pacientes con tratamiento con opioides que acuden al SU para así determinar cuáles son las RAs a opioides más frecuentes e identificar factores demográficos y/o clínicos que confieren un mayor riesgo de sufrir una reacción adversa.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal para detectar posibles reacciones adversas a opioides mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes que llegaron al Servicio de Urgencias desde enero a junio de 2016 y en cuya historia apareciera alguna palabra “gatillo”. Para establecer la causalidad, se aplicó el algoritmo de causalidad del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso Humano.

Resultados: Se registraron un total de 447 reacciones adversas en 291 pacientes. De los 49.532 pacientes que acudieron a urgencias, 3.281 (6,62%) tenían opioides en su tratamiento y de éstos, el 8,87% (291 pacientes) tuvo alguna reacción adversa. De las 447 reacciones adversas, el 73,15% apareció en mujeres; el 75,84% en 65 años y en 74,5% en polimedicados. Las reacciones adversas más frecuentes fueron las gastrointestinales (53,02%) y las del sistema nervioso central (21,92%). El Tramadol es el opioide más frecuentemente identificado, apareciendo en un 51% de los eventos.

Conclusiones: Las reacciones adversas a opioides son una importante causa de mal cumplimiento terapéutico. En muchos casos son prevenibles, debiéndose mejorar el reconocimiento y la profilaxis de las mismas. Se necesitan más estudios de farmacovigilancia en la práctica clínica diaria para finalmente optimizar la adherencia terapéutica y así, conseguir mejor control.

P-034 Registro de la Quinta Constante Vital con Escala Visual Analógica Versus Numérica Verbal. *Bedmar, Dolores; Sebastián, Tomás; González, María del M.; Guinaldo, María J.; Rincón, Ana; Montoro, Raquel; Fernández Natalia; Alarcón, Eva; Ollarra, José. Hospital Universitario de Fuenlabrada.*

Introducción: El Comité de Atención al Dolor (CAD) del Hospital Universitario de Fuenlabrada, desde su constitución en 2009, tiene como objetivo el registro de la intensidad de dolor como la quinta constante vital. Para ello, se incluyó, en la gráfica de enfermería el registro de la Escala Visual Analógica (EVA) por turno, en todas las unidades de hospitalización.

Objetivos: Nuestro objetivo principal fue evaluar si las medidas de EVA y ENV eran superponibles. Secundariamente, comprobar si el uso de la ENV es útil para valorar la existencia y la evolución de la intensidad del dolor en un mismo paciente.

Metodología: Diseñamos un estudio transversal y prospectivo, registrando el EVA y la ENV en los pacientes que contaban con interconsulta al servicio de anestesiología, tanto de dolor agudo postoperatorio (DAP) como de dolor crónico (DC), durante 2017.

La enfermera de la Unidad del Dolor (UD) evaluó ambas constantes, EVA y ENV, en todos los pacientes, en reposo y en movimiento y lo registró en la gráfica del paciente. El registro se hizo a diario hasta que el paciente fue dado de alta por la UD. Los datos se trataron con el sistema estadístico SPSS 20.0.

Resultados: Se registraron 212 pacientes, el 86,3% (118 pacientes) eran de DAP, 11,8% (25 pacientes) de DC Oncológico y 1,9% (4 pacientes) de DC Oncológico. La edad media de los pacientes fue de 58,74 (DE=14,46). 124 (58,5%) eran mujeres y 88 (41,5%) eran hombres. En reposo se realizó el registro de EVA en los 212 pacientes, en 209 la ENV. En movimiento 181 registros de EVA y 180 con la ENV. La valoración del dolor se realiza: EVA/ENV 0 no dolor, 1-3 dolor leve, 4-7 moderado y >7 dolor severo. En Reposo la media de EVA es 2,3 (DE 2,7) y la media de ENV es 2,7 (DE 3,1). La diferencia de medias es -0,41, para un intervalo de confianza del 95% (-0,56-0,27) y es estadísticamente significativa con $p < 0,001$. En movimiento la media de EVA es 5,81 con DE 2,47 y la ENV la media es de 6,62 con una DE 3,1. La diferencia de medias es de -0,81, para un intervalo de confianza del 95%, nos da una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los valores de ENV son más altos que los del EVA, por lo que no son superponibles. La ENV es más sencilla de utilizar y, por los análisis preliminares, es muy buena para discriminar la ausencia y la presencia de dolor.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 27 de febrero de 2019, aceptado sin corrección para publicación el 07 de marzo de 2019.

Correspondencia a:

Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo

Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos Hospital del Salvador

Director Capítulo Chileno Paliativos Sin Fronteras Santiago Chile.

E-mail: rodrigoached@gmail.com