

ferio cerebeloso izquierdo objetivado en TAC. Presenta cefalea bifrontal y retroorbitaria irradiada hacia occipucio, de carácter pulsátil, de cuatro días de evolución progresiva, asociada a náuseas sin otra clínica neurológica acompañante ni síntomas visuales. Empeora con la bipedestación y causa una gran incapacidad para el desarrollo de sus actividades básicas. En TAC cerebral no se observan datos de sangrado, lesiones expansivas o signos de infarto agudo extenso.

Se ingresa a cargo del Servicio de Neurología con la sospecha diagnóstica de SIH para continuar estudio y tratamiento. Dada la no mejoría clínica a pesar de tratamiento analgésico intravenoso se consulta a la Unidad de dolor para la realización de un parche hemático como tratamiento del SIH.

Tras la valoración inicial realizada, decidimos optar por una conducta expectante. Se solicitó una resonancia magnética cerebral con gadolinio en la que destaca un sistema ventricular pequeño, realce dural difuso tanto a nivel supra como infratentorial, leve congestión venosa con senos transversos prominentes, hipófisis congestiva, infarto segmentario crónico en el territorio ya conocido; siendo los hallazgos descritos compatibles con hipotensión licuoral.

Tras 10 días de tratamiento médico y sin mejoría sintomática, solicitamos una RMN cervicodorsolumbar, observando unas colecciones extradurales en relación con una posible fistula de líquido cefalorraquídeo (LCR) y una colección epidural posterior sugestiva de hematoma epidural que se extiende desde D2 a L1, sin existir compresión de la medula espinal ni signos de mielopatía.

Ante la posibilidad de una malformación vascular como responsable causante del hematoma se realiza arteriografía cervicodorsal en la cual no se evidencia ninguna alteración.

No se realizó parche hemático epidural y la paciente continuó ingresada con tratamiento analgésico intravenoso. A los 30 días del inicio del cuadro clínico fue dada de alta; asintomática; en seguimiento por nuestra unidad realizándose RMN de control a los dos meses donde se observó una disminución del hematoma.

Discusión: Se ha establecido que el SIH puede derivar de una fuga espontánea de LCR. El mecanismo preciso y la fisiopatología de la fuga espontánea de LCR siguen siendo desconocidos. Sin embargo, se acepta que los factores mecánicos o los trastornos hereditarios del tejido conectivo, incluidos los síndromes de Marfan y Ehlers-Danlos, pueden contribuir al desarrollo de fugas espontáneas de LCR.

No existe una única prueba diagnóstica con un alto nivel de sensibilidad para el SIH. Cuando se sospecha SIH, puede ser necesaria una combinación de imágenes de cerebro e imágenes de la columna vertebral.

En pacientes con clínica sospechosa de SIH, la RM cerebral puede respaldar el diagnóstico clínico. La RMN cerebral sin contraste se realiza para la evaluación inicial del dolor de cabeza; en nuestro caso, tras no evidenciar nin-

guna alteración se decidió repetir la prueba administrando gadolinio. La ventaja de este contraste es el realce dural difuso que observamos.

Cuando no se objetiva una fuga clara de LCR mediante prueba de imagen de la columna, se puede usar un mielografía mediante TAC con contraste o mediante RMN con gadolinio intratecal. La mielografía por RMN puede ser particularmente sensible, al detectar fugas de bajo flujo que la mielografía por TC no puede detectar. Sin embargo, la mielografía por RMN debe reservarse solo para aquellos pacientes que tienen una sospecha muy alta de fuga del LCR espinal. En nuestro caso no se precisó la realización de estas pruebas complementarias.

El SIH se considera un trastorno benigno y autolimitado. El manejo inicial es conservador, incluyendo el reposo en cama, la hidratación, los analgésicos simples, el consumo de cafeína y la administración de esteroides. Además del tratamiento conservador, el parche hemático epidural constituye un tratamiento bien establecido.

Su principal indicación es la persistencia de la cefalea postural o la aparición de trastornos neurológicos. Varios son los estudios en los que se ha demostrado la efectividad del mismo. Ansel y cols. afirman que los resultados duraderos se logran con el primer parche, con una eficacia que va del 85 al 90 % y un parche repetido puede mejorar la eficacia al 98 % (1).

Conclusiones: Gracias a la realización de las imágenes espinales adicionales obtuvimos el diagnóstico de un hematoma epidural, localización infrecuente en el SIH lo que nos permitió mantener una actitud expectante, resolviéndose el caso finalmente sin precisar tratamientos ni técnicas invasivas por nuestra parte que hubieran supuesto una posible complicación mayor en la clínica de nuestra paciente.

Agradecimientos: No existen conflictos de intereses.

Bibliografía:

1. Ansel S, Rae A, Tyagi A. Efficacy of epidural blood patches for spontaneous low-pressure headaches: A case series. *J R Coll Physicians Edinb.* 2016; 46(4):234-7.

P-253 ESTUDIO SOBRE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO ANTE SU VISITA A LA CONSULTA DEL DOLOR

B. Navarro Vicente de Vera, B. Ruiz Torres, A. Callau Calvo, P. García Consuegra Tirado, M. Pedraz Natalias, M. Badel Rubio

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción: La evolución de la relación médico paciente, la importancia de la bioética en la práctica clínica

y la medicina cada vez más centrada en la autonomía del paciente, hacen que las expectativas de este ante la visita al médico sean un aspecto clave en la valoración de los resultados de la atención recibida, lo que permite incorporar aspectos como la satisfacción, las expectativas y las preferencias del paciente a los resultados terapéuticos. No obstante, existe escasa literatura referente a las expectativas de los pacientes con respecto a las unidades de dolor.

Objetivo: Conocer cuáles son las expectativas de los pacientes con dolor lumbar crónico ante su visita a la consulta del dolor en un hospital español de tercer nivel.

Material y método: Hemos realizado un estudio descriptivo observacional de tipo serie de casos, que analiza las expectativas de 35 pacientes atendidos consecutivamente con dolor lumbar crónico, que acuden a la consulta de dolor. Para valorar la expectativa que tiene el paciente ante su visita a la consulta del dolor, se ha empleado un cuestionario de respuesta cerrada, basado en el artículo de Petrie y cols. (1). Este cuestionario consta de tres preguntas, la primera es acerca de sus expectativas, la segunda sobre qué resultado consideraría el más satisfactorio y la tercera sobre cuál sería el resultado más decepcionante.

Resultados: Las expectativas de los pacientes se resumían así: 23 pacientes (65,7 %) esperaban una cura o alivio del dolor, 6 (17,1 %) un mejor consejo sobre cómo manejar el dolor o sobre cómo hacerle frente, 1 (2,9 %) la realización de más pruebas e investigación y 5 (14,3 %) recibir una mejor medicación. El resultado óptimo que esperaban era: 13 (37,1 %) un alivio o un mejor control del dolor, 17 (48,6 %) una cura del dolor, 2 (5,7 %) que le dieran una esperanza o saber que hay posibilidad de mejorar, y 3 (8,6 %) recibir consejo sobre otra medicación. El peor resultado que esperaban era: 3 (8,6 %) decirles que no puede hacerse nada, 31 (88,6 %) que no se alivie el dolor y 1 (2,9 %) que ya no les realicen más pruebas o investigación.

Discusión: Nuestros hallazgos sobre expectativas son distintos a los encontrados en el estudio de Petrie y cols. Mientras que en dicho estudio la mayoría de los pacientes espera una explicación por parte del clínico para entender mejor su problema de dolor, en nuestro estudio encontramos que la mayoría espera una cura o alivio de su dolor. Estas diferencias entre las expectativas de nuestro pacientes y las de los pacientes de EE. UU. podrían deberse a los diferentes grados de asimilación de su estado y de experiencia previa entre ambos grupos de pacientes. Es posible que los pacientes de EE. UU. hayan recibido una explicación más realista de la no curabilidad completa de su dolor y, por tanto, su mayor expectativa sea la de encontrar una explicación al mecanismo por el que sufren de dolor crónico. En pacientes españoles, sin embargo, es posible que se les haya ofrecido una peor explicación sobre la efectividad de esta nueva técnica de tratamiento del dolor y se hayan creado unas exageradas expectativas de curación o alivio del dolor, que se reflejan

en la encuesta como una expectativa clara de mejoría o curación. Este hallazgo es importante, porque diversos estudios (2) sugieren que la presencia de expectativas no satisfechas está fuertemente asociada con la insatisfacción del paciente y puede ayudarnos a modificar la información previa que se les da antes de aplicar cualquier tratamiento médico o técnica intervencionista.

Bibliografía:

1. Petrie KJ, Frampton T, Large RG, Moss-Morris R, Johnson M, Meechan G. What do patients expect from their first visit to a pain clinic? *Clin J Pain.* 2005;21:297-301.
2. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 2001;52:609-20.

P-257 UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE HOMBRO PARA EL MANEJO DEL HOMBRO COMPLEJO

J. C. Castillo Velasco, J. M. Delgado Mendilivar, J. Díaz del Río, M. J. García, M. Turmo, A. M. Martínez Navas
Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla

Palabras clave: multidisciplinar, hombro, complejo.

Introducción: El dolor de hombro tiene una gran prevalencia como causa de dolor crónico, es la segunda causa más habitual de derivación a nuestra Unidad de Dolor, solo superada por la lumbalgia como primer causa de derivación.

En casos complejos, el manejo multidisciplinar es fundamental para lograr la máxima funcionalidad y un adecuado control del dolor, la coordinación entre distintas especialidades es fundamental para obtener el mejor resultado.

Objetivos: El objetivo de la Unidad Multidisciplinar de Hombro (UMH) es mejorar la funcionalidad, entendida como la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria y lograr un mejor control del dolor en pacientes con hombro doloroso complejo.

El primer paso fue definir qué tipo de paciente se trataría en la UMH; se decidieron los siguientes criterios de inclusión:

Omalgia severa, definida como aquel dolor de intensidad mayor o igual a 7/10 según la EVA, que estuviera presente durante al menos 6 meses tras haber recibido al menos 2 de los siguientes tratamientos:

- Haber sido intervenido de hombro.
- Haber recibido tratamiento opioide durante al menos 3 meses y/o un bloqueo supraescapular
- Haber realizado al menos 20 sesiones de rehabilitación y fisioterapia.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de 51 pacientes atendidos entre marzo 2017 y diciembre