

PAIN & SPAIN

DOLOR. 2009;24:51-8

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 2008/09/01 a 2008/12/31), en continuidad a la búsqueda anterior (Dolor. 2008;23[4]:218-24). 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.

ALENTORN-GELI E, PADILLA J, MORAS G, LÁZARO HARO C, FERNÁNDEZ-SOLÀ J. Laboratori de Biomecànica. INEF-Facultat de Ciències de l'Activitat Física i l'Esport. Universitat de Barcelona. Six weeks of whole-body vibration exercise improves pain and fatigue in women with fibromyalgia. *J Altern Complement Med.* 2008;14:975-81.

ALMELA P, GARCÍA-NOGALES P, ROMERO A, MILANÉS MV, LAORDEN ML, PUIG MM. Departament de Farmacologia. Facultat de Medicina. Campus de Espinardo. Murcia. Effects of chronic inflammation and morphine tolerance on the expression of phospho-ERK 1/2 and phospho-P38 in the injured tissue. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol.* 2008 Oct 7. Epub ahead of print.

*ARIAS M. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. La Coruña. ¿Es la fibromialgia una enfermedad neurológica? *Neurología.* 2008;23:593-601.

ARIZA-ARIZA R, HERNÁNDEZ-CRUZ B, LÓPEZ-ANTEQUERA G, NAVARRO-SARABIA F. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Variables related to utility in patients with ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol.* 2009;28:207-11.

ARREGUI R, MARTÍNEZ-QUIÑONES JV, ASO-ESCARIO J, ASO-VIZAN J. Servicio de Neurocirugía. Hospital MAZ. Zaragoza. Papel del refuerzo vertebral mediante cifoplastia en el tratamiento de las fracturas dorsolumbares de índole no osteoporótico. Revisión del tema y análisis de 40 casos. *Neurocirugía (Astur).* 2009;19:537-50.

BOROBIA-PÉREZ AM, FERNÁNDEZ-CAPITÁN C, CARCAS-SANSUÁN AJ. Servicio de Farmacología

Clínica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Psicosis, alucinaciones visuales y deterioro de la función renal secundarias a la interacción gabapentina-morfina. *Rev Neurol.* 2008;47:332-3.

BOYER AL, MIRA MA, CALATAYUD NP, LÓPEZ-ROIG S, CANTERO MC. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Campus de San Juan. San Juan de Alicante. Comparing fibromyalgia patients from primary care and rheumatology settings: clinical and psychosocial features. *Rheumatol Int.* 2008 Dec 19. Epub ahead of print.

BUESA I, URRUTIA A, AIRA Z, SALGUEIRO M, BILBAO J, MOZAS M, AGUILERA L, ZIMMERMANN M, AZKUE JJ. Departamento de Neurociencias. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco. Leioa. Depression of C fibre-evoked spinal field potentials by the spinal delta opioid receptor is enhanced in the spinal nerve ligation model of neuropathic pain: involvement of the mu-subtype. *Neuropharmacology.* 2008;55:1376-82.

BURA SA, NADAL X, LEDENT C, MALDONADO R, VALVERDE O. Grup de Recerca de Neurobiologia del Comportament (GRNC). Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. A 2A adenosine receptor regulates glia proliferation and pain after peripheral nerve injury. *Pain.* 2008;140:95-103.

CABAÑERO D, CÉLÉRIER E, GARCÍA-NOGALES P, MATA M, ROQUES BP, MALDONADO R, PUIG MM. Unidad de Investigación en Anestesiología. Instituto Municipal de Investigaciones Médicas. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. The pronociceptive effects of remifentanyl or surgical injury

in mice are associated with a decrease in delta-opioid receptor mRNA levels: prevention of the nociceptive response by on-site delivery of enkephalins. *Pain*. 2009;141:88-96.

CAMINERO-RODRÍGUEZ AB, PAREJA JA. Sección de Neurología. Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles - Ávila. Bases anatómicas y neuroquímicas que explican la frecuente asociación de las cefaleas con el sueño: el paradigma de la cefalea hípica. *Rev Neurol*. 2008;47:314-20.

CASCOS-ROMERO J, VÁZQUEZ-DELGADO E, VÁZQUEZ-RODRÍGUEZ E, GAY-ESCODA C. Programa Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. The use of tricyclic antidepressants in the treatment of temporomandibular joint disorders: systematic review of the literature of the last 20 years. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14:E3-7.

CONTRERAS J, VALCÁRCEL F, DÓMINE M, ESCOBAR Y. Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Carlos Haya. Málaga. Sensivity to change of the Spanish validated Memorial Pain Assessment Card in cancer patients. *Clin Transl Oncol*. 2008;10:654-9.

DEL ARCO GALÁN C, PARRA GORDO ML, GARCÍA-CASASOLA SÁNCHEZ G. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. Pruebas de imagen en el dolor abdominal agudo. *Rev Clin Esp*. 2008;208:520-4.

DEL FRESNO CAÑEVERAS J, CAMPOS A, GALIANA M, NAVARRO-MARTÍNEZ JA, COMPANY R. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital General Universitario de Alicante. Analgesia postoperatoria en la artroplastia de rodilla mediante los bloqueos ciático por vía anterior y femoral. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2008;55:548-51.

*ESTEVE PÉREZ N, DEL ROSARIO USOLES E, GIMÉNEZ JIMÉNEZ I, MONTERO SÁNCHEZ F, BAEÑA NADAL M, FERRER A, AGUILAR SÁNCHEZ JL. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Seguridad y efectividad del tratamiento del dolor agudo postoperatorio: seguimiento de 3.670 pacientes. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2008; 55:541-7.

FERNÁNDEZ-CARNERO J, FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS C, CLELAND JA. Departamento de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. Immediate hypoalgesic and motor effects after a single cervical spine manipula-

tion in subjects with lateral epicondylalgia. *J Manipulative Physiol Ther*. 2008;31:675-81.

FERNÁNDEZ-CARNERO J, FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS C, DE LA LLAVE-RINCÓN AI, GE HY, ARENDT-NIELSEN L. Departamento de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid. Bilateral myofascial trigger points in the forearm muscles in patients with chronic unilateral lateral epicondylalgia: a blinded, controlled study. *Clin J Pain*. 2008;24:802-7.

FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS C, PÉREZ-DE-HEREDIA-TORRES M, MARTÍNEZ-PIÉDROLA R, DE LA LLAVE-RINCÓN AI, CLELAND JA. Departamento de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. Bilateral deficits in fine motor control and pinch grip force in patients with unilateral carpal tunnel syndrome. *Exp Brain Res*. 2008 Dec 9. Epub ahead of print.

FERNÁNDEZ LISÓN LC, VÁZQUEZ DOMÍNGUEZ B, LUIS FERNÁNDEZ J, MORENO ÁLVAREZ P, FRUNS GIMÉNEZ I, LISO RUBIO J. Grupo de estudio en Atención Farmacéutica. Sociedad Extremeña de Atención Farmacéutica Especializada (SEAFE). Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento ambulatorio con anti-TNF. *Farm Hosp*. 2008;32:178-81.

FERNÁNDEZ PÉREZ GC. Servicio de Radiología. Hospital POVISA. Vigo. Diagnóstico del dolor torácico en urgencias: una oportunidad para el radiólogo. *Radiología*. 2008;50:442.

GALINDO PALAZUELOS M, DÍAZ SETIÉN NA, RODRÍGUEZ CUNDÍN P, MANSO MARÍN FJ, CASTRO UGALDE A. Servicio de Anestesia. Hospital de Laredo. Laredo. Cantabria. Premedicación con clonidina y ketamina intraoperatoria a bajas dosis en la colecistectomía laparoscópica ambulatoria. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2008;55:414-7.

*GÁLVEZ R¹, PARDO A², CERÓN JM³, VILLASANTE F⁴, ARANGUREN JL⁵, SALDAÑA MT⁶, NAVARRO A⁷, RUIZ MA², DÍAZ S⁸, REJAS J⁹. ¹Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Departamento de Psicología Social y Metodología. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. ³Centro de Atención Primaria San Antonio. Motril. Granada. ⁴Centro de Salud José Marvía. Madrid. ⁵Clínica Madrid. Fuenlabrada. Madrid. ⁶Centro de Atención Primaria Raíces. Castrillón. Asturias. ⁷Centro de Atención Primaria Puerta del Ángel. Madrid. ⁸Departamento de Investigación de Resultados

en Salud. Instituto Euroclin. Madrid. ⁹Departamento de Investigación de Resultados en Salud. Unidad Médica. Pfizer España. Alcobendas. Madrid. Adaptación al castellano y validación psicométrica del cuestionario ID-Pain[®] para la detección de dolor neuropático. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:572-8.

GARCÍA B, LARRAZABAL C, PEÑARROCHA M, PEÑARROCHA M. Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Facultad de Medicina y Odontología. Valencia. Pain and swelling in periapical surgery. A literature update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13:E726-9.

GARCÍA CAMPAYO J, RODERO B, ALDA M, SOBRADIEL N, MONTERO J, MORENO S. Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (*Pain Catastrophizing Scale*) en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:487-93.

GONZÁLEZ-BARBOTEO J, PORTA-SALES J, SÁNCHEZ D, TUCA A, GÓMEZ-BATISTE X. Servei de Cures Pal·liatives. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Conversion from parenteral to oral methadone. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2008;22:200-5.

HERNÁNDEZ L, ROMERO A, ALMELA P, GARCÍA-NOGALES P, LAORDEN ML, PUIG MM. Unidad de Investigación en Anestesiología. IMIM. Servei d'Anestesiologia. Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. Tolerance to the antinociceptive effects of peripherally administered opioids. Expression of beta-arrestins. *Brain Res*. 2009;1248:31-9. Epub 2008 Nov 7.

HERRERO AM, RAMÍREZ-MAESTRE C, GONZÁLEZ V. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Málaga. Personality, cognitive appraisal and adjustment in chronic pain patients. *Span J Psychol*. 2008;11:531-41.

HERRERO-TURRIÓN MJ, RODRÍGUEZ RE. Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL). Universidad de Salamanca. Bioinformatic analysis of the origin, sequence and diversification of mu opioid receptors in vertebrates. *Mol Phylogenet Evol*. 2008;49:877-92. Epub 2008 Oct 1.

KOVACS F, NOGUERA J, ABRAIRA V, ROYUELA A, CANO A, GIL DEL REAL MT, ZAMORA J, GESTOSO M, MURIEL A, MUFRAGGI N; Y EL GRUPO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN DEL DOLOR LUMBAR.

Departamento Científico, Fundación Kovacs. Palma de Mallorca. The influence of psychological factors on low back pain-related disability in community dwelling older persons. *Pain Med*. 2008;9:871-80.

LA TOUCHE R, ESCALANTE K, LINARES MT. Unidad de Investigación y Movimiento Corporal Humano. Pilates Core Kinesis. Madrid. Treating non-specific chronic low back pain through the Pilates Method. *J Bodyw Mov Ther*. 2008;12:364-70. Epub 2008 Feb 1.

LARA-HERNÁNDEZ R, LOZANO-VILARDELL P, CORDOBÉS-GUAL J. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Institut de Recerca Biomèdica de Catalunya. Lleida. Nuevos tratamientos de la enfermedad arterial periférica oclusiva no revascularizable: angiogenia terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:665-9.

LEÁNEZ S, HERVERA A, POL O. Laboratori de Neurofarmacologia Molecular. Institut de Recerca Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona; Institut de Neurociències. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. Peripheral antinociceptive effects of micro- and delta-opioid receptor agonists in NOS2 and NOS1 knockout mice during chronic inflammatory pain. *Eur J Pharmacol*. 2009;602:41-9. Epub 2008 Nov 18.

LÓPEZ-JORNET P, CAMACHO-ALONSO F, LEÓN-ESPINOSA S. Departamento de Medicina Oral. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Murcia. Murcia. Efficacy of alpha lipoic acid in burning mouth syndrome: a randomized, placebo-treatment study. *J Oral Rehabil*. 2008 Oct 18. Epub ahead of print.

LÓPEZ-LÓPEZ A, MONTORIO I, IZAL M, VELASCO L. Departamento de Psicología. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. The role of psychological variables in explaining depression in older people with chronic pain. *Aging Ment Health*. 2008;12:735-45.

MARTÍN MO, GÓMEZ SANCHO M, MORLION B, SIMPSON K. Unidad de Medicina Paliativa. Hospital Universitario Gran Canaria. Las Palmas. The management of pain due to amputation. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2008;22:57-60.

MARTÍNEZ-SELLÉS M, BUENO H, ESTÉVEZ A, DE MIGUEL J, MUÑOZ J, FERNÁNDEZ-AVILÉS F. Departamentos de Cardiología y Medicina de Urgencia. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Positive non-invasive tests in the chest pain unit: importance of the clinical profile for estimating the

probability of coronary artery disease. *Acute Card Care*. 2008;10:205-8.

MARTÍNEZ-SELLÉS M, BUENO H, SACRISTÁN A, ESTÉVEZ A, ORTIZ J, GALLEGO L, FERNÁNDEZ-AVILÉS F. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Chest pain in the emergency department: incidence, clinical characteristics and risk stratification. *Dolor torácico de urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo*. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:953-9.

MAS AJ, CARMONA L, VALVERDE M, RIBAS B; Y GRUPO DE ESTUDIO EPISER. Departamento de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol*. 2008;26:519-26.

MÉNDEZ-GALLART R, BAUTISTA-CASASNOVAS A, ESTÉVEZ-MARTÍNEZ E, VARELA-CIVES R. Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. Laparoscopic Palomo varicocele surgery: lessons learned after 10 years' follow-up of 156 consecutive pediatric patients. *J Pediatr Urol*. 2008 Dec 9. Epub ahead of print.

NIETO R, MIRÓ J, HUGUET A. Estudios de Ciencias de la Educación y Psicología. Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Tarragona. Nuevas tecnologías de la información y la comunicación en el tratamiento del dolor crónico. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2008;55:426-33.

NÚÑEZ OLARTE JM. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Oxycodone and the challenge of neuropathic cancer pain: a review. *Oncology*. 2008;74 Suppl 1:83-90.

ORELLANA C, CASADO E, MASIP M, GALISTEO C, GRATACÓS J, LARROSA M. Unidad de Reumatología. Hospital de Sabadell. Barcelona. Sexual dysfunction in fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2008;26:663-6.

PAREDES ESTEBAN RM, VELASCO SÁNCHEZ B, MARTÍNEZ M, MORENO A, RODRÍGUEZ VARGAS J, GASSO CAMPOS M, GARCÍA M. Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario Materno-infantil Reina Sofía de Córdoba. Efecto de la anestesia local en la respuesta al dolor. Estudio en la herniotomía inguinal. *Cir Pediatr*. 2008;21:162-6.

PASCUAL J. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. Almotriptan in triptan-naïve patients: new evidence of benefits. *Cephalalgia*. 2008;28 Suppl 2:14-20.

QUINTANA JM, ESCOBAR A, AROSTEGUI I, BILBAO A, ARMENDÁRIZ P, LAFUENTE I, AGIRRE U. Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao-Usansolo. CIBER Epidemiología y Salud Pública. Galdakao. Vizcaya. Prevalence of symptoms of knee or hip joints in older adults from the general population. *Aging Clin Exp Res*. 2008;20:329-36.

BARBANOJ MJ, ARBÓS RM, AMARO SR. Centre d'Investigació del Medicament. Institut de Recerca. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Departament de Farmacologia i Terapèutica. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. Dexketoprofen trometamol: clinical evidence supporting its role as a painkiller. *Expert Rev Neurother*. 2008;8:1625-40.

SALAZAR-TORTOLERO G, HUERTAS-CAMPISTOL A, VERGEZ-PINTO L, RAMOS-BRUNET A, LLUCH-LÓPEZ J. Unidad de Neurología de Urgencias. Hospital Comarcal d'Igualada. Igualada. Metoclopramida como analgésico en la cefalea migrañosa intensa en urgencias. *Rev Neurol*. 2008;47:506-8.

SALVANS MM, GONZÁLEZ-VIEJO MA. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. Incapacidad laboral por dolor lumbar en España de 2000 a 2004. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:319.

SÁNCHEZ-CRESPO JM, REINA-MOLINA JF, RUIZ-MIRALLES M, HUERTOS-RANCHAL MJ. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. Sedoanalgesia realizada por intensivistas en pacientes no críticos. *Med Intensiva*. 2008;32:364-5.

TABOADA M, RODRÍGUEZ J, BERMÚDEZ M, AMOR M, ULLOA B, ANEIRO F, SEBATE S, CORTÉS J, ÁLVAREZ J, ATANASSOFF PG. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Anestesiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Comparison of continuous infusion versus automated bolus for postoperative patient-controlled analgesia with popliteal sciatic nerve catheters. *Anesthesiology*. 2009;110:150-4.

VALLANO A, DANÉS I. Servei de Farmacologia Clínica. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Uso de analgésicos en pacientes con hepatopatía. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:591-3.

*VIDAL MA, TORRES LM. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Estudio observacional PATHOS sobre el dolor postoperatorio leve o moderado. Comparación de los resultados de España frente a Europa. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2008;55:393-400.

VILLAS C, DEL RÍO J, VALENTI A, ALFONSO M. Cirugía Ortopédica. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona, Navarra. Symptomatic medial exostosis of the great toe distal phalanx: a complication due to over-correction following akin osteotomy for hallux valgus repair. *J Foot Ankle Surg.* 2009;48:47-51.

ARIAS M

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. La Coruña

¿Es la fibromialgia una enfermedad neurológica?

Neurología. 2008;23:593-601

La fibromialgia (FM) es un cuadro de dolor crónico referido a diversas estructuras extraarticulares del sistema musculoesquelético (aparato locomotor), pero sin evidencia de enfermedad en el mismo. Los pacientes con FM presentan dolor, fatiga, alteraciones del sueño, cefalea, déficit de concentración y problemas emocionales asociados a muchas otras quejas psicósomáticas. La naturaleza y verdadera entidad de la FM han sido motivo de controversia y debate. La consideración de la FM como enfermedad neurológica, derivada de una disfunción del sistema nociceptivo del paciente y causada por la interacción de factores genéticos y factores estresantes ambientales, tiene mucho más apoyo y aceptación en el campo de la investigación neurobiológica que reflejo en la parcela clínica y asistencial. No existe un marcador definitivo para la FM, padecimiento que puede presentarse aislado o asociado a otras enfermedades (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, miopatías y esclerosis múltiple, entre otras). Las repercusiones de la FM sobre la vida familiar, laboral y social del paciente son muy importantes, máxime cuando las medidas terapéuticas (ejercicio aeróbico y fármacos antidepresivos y antiepilépticos-moduladores del dolor) sólo han demostrado una eficacia discreta. Con estos antecedentes, los autores realizan este trabajo con el objetivo de revisar los conocimientos actuales sobre la FM con la pretensión de acercar este padecimiento a la neurología clínica, por el momento poco implicada en su estudio y tratamiento. Pretenden aportar datos para responder a la pregunta que conforma el título del trabajo, que también se han planteado en idénticos términos otros especialistas volcados en la investigación de dicha entidad. En el trabajo se revisa el sistema nociceptivo, el concepto e historia de la FM, los parientes de la misma (como el síndrome de fatiga crónica), y datos epidemiológicos (predominio del sexo femenino, 4,2 vs 0,2% en los hombres). En

cuanto a las bases neurobiológicas, se aportan datos de investigaciones clínicas y básicas que se realizan en estos pacientes (estudios electromiográficos, biopsia de músculo, electroencefalograma, polisomnografía, estudio del líquido cefalorraquídeo, determinaciones plasmáticas, estudios endocrinológicos, neuroimagen funcional, evaluación psiquiátrica, estudios genéticos). Se revisa también el diagnóstico de la FM en la práctica clínica (comprobación de que al menos en 11 de 18 puntos específicos se desencadena dolor a la presión digital con una fuerza aproximada de 4 kg/cm²) y la realización de distintas pruebas de laboratorio para indagar la presencia solapada de otros padecimientos que pueden asociarse a la FM o que, por lo menos parcialmente, pueden mostrar alguna sintomatología similar. En cuanto al manejo terapéutico, se comentan los dos pilares básicos que son el ejercicio y los fármacos. El ejercicio potencia la liberación de opioides endógenos como encefalina, dinorfina A y antagoniza los efectos del aspartato, la sustancia P y el factor neurotrófico glial. Se recomienda un tipo de ejercicio aeróbico como caminar, bailar o ciclismo estático. Se revisan los múltiples fármacos que se han utilizado para tratar la FM (antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, antiepilépticos, analgésicos y otros). Los autores concluyen que la FM es mucho más que un síndrome de dolor crónico de localización musculoesquelética. Los factores genéticos y ambientales conducen a una disfunción del sistema neuroceceptivo, que a su vez genera alteraciones neuroendocrinas permanentes que contribuyen a la perpetuación del cuadro doloroso. No hay ninguna duda de que es una enfermedad del sistema nervioso y, por lo tanto, neurológica. Su asociación frecuente con la migraña, cefalea tensional, cefalea crónica diaria, trastornos del sueño, quejas de falta de memoria y fatiga física y mental hacen necesario que el neurólogo esté familiarizado con la FM para un correcto diagnóstico y tratamiento integral, lo que no significa que los pacientes con FM deban ser remitidos a las consultas de neurología. Dadas las importantes repercusiones personales, familiares y sociales de este padecimiento, por su frecuencia como por la discapacidad que generan, sería deseable un aumento de la investigación en este campo.

ESTEVE PÉREZ N, DEL ROSARIO USOLÉS E, GIMÉNEZ JIMÉNEZ I, MONTERO SÁNCHEZ F, BAENA NADAL M, FERRER A, AGUILAR SÁNCHEZ JL

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca

Seguridad y efectividad del tratamiento del dolor agudo postoperatorio: seguimiento de 3.670 pacientes

Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2008;55:541-7

El tratamiento del dolor agudo postoperatorio (DAP) es todavía un reto en los hospitales. Los autores, con el fin de mejorar la efectividad y la seguridad de los tratamientos en la unidad de dolor agudo (UDA) del hospital, realizan el presente estudio con tres objetivos: implantar un sistema de seguimiento y registro informatizado diario de los pacientes tratados en la UDA, definir categorías de indicadores de resultados del tratamiento del DAP y evaluar sus resultados y compararlos con los datos extraídos de la revisión bibliográfica. Se trata de un estudio prospectivo de todos los pacientes atendidos en la UDA desde mayo de 2004 hasta junio de 2007. Se analizaron 19 indicadores definidos previamente en la unidad y agrupados en cuatro categorías, (casuística, efectividad, seguridad y satisfacción del paciente). Se compararon los resultados con los hallados en la revisión bibliográfica. En la búsqueda bibliográfica en PubMed se utilizaron las siguientes palabras clave: «*postoperative pain*», «*postoperative analgesia*», «*i.v. analgesia*», «*PCA epidural analgesia*» y «*PCA regional analgesia*», incluyendo todas las publicaciones desde el año 2000, excepto los casos clínicos, la cirugía pediátrica y los seguimientos inferiores a 24 h. En el trabajo se describen las definiciones de «efectividad», «no efectividad o fallo de tratamiento», «evento adverso», «eventos adversos potencialmente graves» y «efectividad analgésica durante el tratamiento». Se utilizó una escala numérica (EN) del dolor, de 0, ausencia de dolor, a 10, el máximo dolor. Se incluyeron los datos de 3.670 pacientes, que fue la totalidad de pacientes tratados en la UDA en el periodo antes mencionado. En cuanto a los indicadores de casuística, la media diaria de pacientes visitados por los profesionales de la UDA fue de 9,6 (rango 1-15). El tiempo medio de seguimiento (número de días que los pacientes fueron tratados por la UDA) fue de 3,1 días (rango 1-12). Referente a los indicadores de efectividad, el 92% de los pacientes fueron dados de alta sin dolor ni efectos adversos o con efectos adversos que pudieron solucionarse durante el tratamiento. La analgesia epidural mostró un 10% de tratamiento insuficiente. Un 9% de los pacientes presentaron dolor moderado (EN de 4-6) en reposo y un 31% en movimiento. Un 1% de los pacientes presentaron dolor grave (EN > 7)

en reposo, en comparación con un 8-13% en los datos de la revisión externa. Sobre los indicadores de seguridad, el 45% de los pacientes presentó algún efecto adverso, siendo la analgesia epidural la que presentó más complicaciones (54%), pero el 82% de los efectos adversos fueron resueltos. Entre los efectos adversos definidos como potencialmente graves destacaron 13 casos de errores de medicación (0,9%), 12 fallos de la bomba de infusión (0,9%) y 55 casos de uso erróneo de la bomba (4,1%). Entre los efectos adversos más frecuentes registrados por los pacientes con analgesia epidural destaca un 6% de salidas accidentales de catéter. Por último, respecto a los indicadores de satisfacción, el 91% de los pacientes declararon al alta encontrarse muy satisfechos o satisfechos con la analgesia recibida. No hubo diferencias entre los distintos tipos de analgesia. En conclusión, los autores indican que el seguimiento y registro diario de la efectividad y de los eventos adversos del tratamiento del DAP, de los pacientes tratados en la UDA, posibilita la evaluación de los resultados de la práctica clínica y contribuye a la mejora de la seguridad y efectividad de los tratamientos. La comparación de los datos de la bibliografía revela una gran heterogeneidad en las definiciones de los indicadores.

GÁLVEZ R¹, PARDO A², CERÓN JM³, VILLASANTE F⁴, ARANGUREN JL⁵, SALDAÑA MT⁶, NAVARRO A⁷, RUIZ MA², DÍAZ S⁸, REJAS J⁹

¹Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Departamento de Psicología Social y Metodología. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. ³Centro de Atención Primaria San Antonio. Motril. Granada. ⁴Centro de Salud José Marvá. Madrid. ⁵Clínica Madrid. Fuenlabrada. Madrid. ⁶Centro de Atención Primaria Raíces. Castrillón. Asturias. ⁷Centro de Atención Primaria Puerta del Ángel. Madrid. ⁸Departamento de Investigación de Resultados en Salud. Instituto Euroclin. Madrid. ⁹Departamento de Investigación de Resultados en Salud. Unidad Médica. Pfizer España. Alcobendas. Madrid

Adaptación al castellano y validación psicométrica del cuestionario ID-Pain[®] para la detección de dolor neuropático

Med Clin (Barc). 2008;131:572-8

La disponibilidad de instrumentos o escalas breves capaces de facilitar u orientar hacia la identificación del dolor neuropático (DN) ayudaría a lograr la homogeneidad de su diagnóstico. Se dispone de instrumentos para que el clínico los utilice en la práctica

diaria, y también de escalas, índices o cuestionarios de aplicación clínica para la detección de problemas de salud por parte del propio paciente. Recientemente se encuentra disponible un cuestionario breve y sencillo, el ID-Pain[®], validado en inglés para la identificación o detección del DN, autoadministrado, que ha demostrado tener aceptables propiedades psicométricas para ayudar a la identificación precoz del DN con la participación activa del paciente. No se dispone en nuestro entorno sanitario de escalas semejantes autoadministradas. Los autores realizan este estudio con el propósito de realizar la adaptación cultural al castellano de la escala autoadministrada ID-Pain[®] y analizar sus propiedades psicométricas como instrumento de detección del dolor neuropático, lo que debería contribuir a facilitar el diagnóstico y la detección precoces de este problema de salud. La adaptación del ID-Pain[®] al castellano se ha realizado siguiendo el procedimiento convencional de adaptación y validación de cuestionarios basados en medidas informadas por los pacientes. Una vez obtenida la versión en castellano del cuestionario, éste se administró a una muestra de pacientes en la fase de validación del instrumento, a fin de obtener la información necesaria para la evaluación de sus propiedades psicométricas. Para el estudio, se seleccionaron consecutivamente pacientes con dolor crónico de más de 6 meses de duración en cinco centros de salud de atención primaria y en una unidad especializada en el tratamiento del dolor, de Granada, Madrid, Parla y Avilés. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con dolor crónico con componente neuropático (DN) o nociceptivo (DNN): 73 con DN puro, 72 con dolor mixto (DN y DNN) y 138 con DNN. Se diseñó un estudio observacional, transversal y multicéntrico, con dos mediciones: test y retest (en 84 pacientes en una segunda administración del cuestionario al cabo de 1 semana). El estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario ID-Pain[®] se centró en tres aspectos: factibilidad, fiabilidad y validez de la escala con el diagnóstico de referencia y con el diagnóstico clínico de la escala LANSS (*Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs*). Se realizaron análisis factorial, curvas de eficacia diagnóstica y pruebas de concordancia con el diagnóstico de referencia. Se determinaron la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos positivo y negativo. La fase de traducción y retrotraducción del cuestionario ID-Pain[®] dio lugar a una versión en castellano comprensible, autoadministrable sin ayuda, que recibe el nombre de Cuestionario de Detección de Dolor Neuropático, en sustitución de su acrónimo inglés ID-Pain[®]. Además de los 12 pacientes de la

fase piloto, se seleccionó una muestra de 290 pacientes con dolor crónico, obteniendo 283 puntuaciones válidas. Así, se incluyeron en el estudio 283 pacientes (un 64,4% mujeres), con una edad media (desviación estándar) de 59,1 (14,9) años, de los cuales 145 (51,2%) presentaban DN y 138 (48,8%), DNN. El tiempo medio de administración de la escala fue de 4,2 (3,0) min y sólo un 15% de los pacientes necesitó ayuda para responder. La escala mostró una única dimensión en el análisis factorial (variancia explicada del 37,5%) y una alta estabilidad en el test-retest ($r = 0,98$; $p < 0,0005$). La puntuación media diferenció claramente entre los pacientes con DN y con DNN: 3,5 (1,2) frente a 1,2 (1,4) puntos ($p < 0,0005$). El punto de corte óptimo se fijó en igual o más de tres puntos (área bajo la curva = 0,89; $p < 0,0005$; sensibilidad: 0,81; especificidad: 0,84; $\kappa = 0,65$, con el diagnóstico de referencia): la escala mostró una buena validez concurrente con el diagnóstico realizado con la escala LANSS ($\kappa = 0,61$; $p < 0,0005$). Los autores concluyen que la versión española del ID-Pain[®] muestra propiedades psicométricas adecuadas como instrumento autoadministrado de detección de dolor con componente neuropático. Puede emplearse de forma extensiva en estudios epidemiológicos, de concienciación del problema del dolor, etc., como una aproximación a la tipificación del dolor del paciente y, sobre todo, es un instrumento de fácil y rápida aplicación, que puede ayudar al clínico a elegir el tipo de exploración adicional necesaria para establecer el diagnóstico diferencial del tipo de dolor.

VIDAL MA, TORRES LM

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Estudio observacional PATHOS sobre el dolor postoperatorio leve o moderado. Comparación de los resultados de España frente a Europa

Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2008;55:393-400

El dolor postoperatorio (DPO) sigue siendo insuficientemente tratado, provoca sufrimiento innecesario con consecuencias negativas físicas y psicológicas, prolonga el ingreso hospitalario, y es una de las principales causas de dolor crónico. El estudio *Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey* (PATHOS) (Estudio Observacional sobre la Terapia Analgésica Postoperatoria) se diseñó con el objetivo de identificar el estado actual del DPO, así como las necesidades y posibilidades de mejora del tratamiento centrándose en las salas de hospitalización. En

este trabajo los autores exponen y comparan los resultados obtenidos en el estudio en España frente a los obtenidos en Europa. Se trata de un estudio prospectivo, observacional, multicéntrico y multifuncional en el área quirúrgica de una muestra aleatoria de hospitales de siete países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Portugal y Suiza). Los datos referentes a la práctica del manejo del DPO en pacientes adultos se recogieron de forma anónima mediante un cuestionario estandarizado de respuesta múltiple entre agosto de 2004 y junio de 2005. El cuestionario estaba constituido por 30 preguntas agrupadas en siete secciones: 1) información general; 2) formación del personal; 3) información del paciente; 4) práctica del tratamiento postoperatorio; 5) protocolos; 6) valoración del dolor y seguimiento, y 7) opinión personal. En cuanto al tratamiento del DPO, el estudio investigó el tratamiento analgésico «de primera línea» utilizado en las primeras 24 h del postoperatorio de cirugía mayor y menor. En este estudio, el objetivo fue identificar el estado actual del DPO en España, compararlo con las respuestas obtenidas en el resto de Europa y poner de manifiesto las carencias existentes y posibilidades de mejoras. En el mismo se han analizado 1.558 cuestionarios (424 realizados en España y 1.134 en los otros seis países europeos del estudio) procedentes de 746 hospitales con actividad quirúrgica. Los resultados han sido los siguientes. En Europa

destaca la más alta participación de anestesiólogos (69%), mientras que en España la mayoría de encuestados eran cirujanos (68%). En España la mayoría de facultativos no tienen acceso a este tipo de formación en el tratamiento del DPO, siendo los anestesiólogos los que tienen más posibilidad. Este porcentaje disminuye en el resto de países europeos, donde son los anestesiólogos los que reciben con mayor frecuencia esta formación específica. La información prequirúrgica sistemática sobre el tratamiento del DPO se proporcionó solamente en un 22,2% de los pacientes encuestados en España, frente a un 58,3% en el resto de países del estudio. La existencia de una estructura organizada para el tratamiento del dolor postoperatorio es más frecuente en el resto de Europa (69%), siendo este porcentaje de un 47% en los centros españoles. Europa supera a España en el hecho de que sea el anestesiólogo el personal que más a menudo informa a los pacientes sobre el DPO (25,9%). En un 39% de los pacientes evaluados en España el DPO no es evaluado. Los autores concluyen que el tratamiento del DPO es insuficiente, y más en España que en el resto de los países europeos participantes. Los resultados del estudio PATHOS no deberían quedar como meramente descriptivos de la situación actual del manejo del DPO en diferentes países de Europa, cuyas conclusiones son limitadas, sino que deberían servir para definir las potenciales mejoras que pueden llevarse a cabo.