

PAIN & SPAIN

DOLOR. 2009;24:113-9

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 2009/01/01 a 2009/03/20), en continuidad a la búsqueda anterior (Dolor. 2009;24[1]:51-8). 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.

ACUNA C. Departamento de Información Médica. Prous Science. Barcelona. Duloxetine for the treatment of fibromyalgia. *Drugs Today (Barc)*. 2008;44:725-34.

*AGUIRRE UNCETA-BARRENECHEA A¹, SAI TUA ITURRIAGA G¹, SAINZ DE ROZAS APARICIO I², RIVEIRA FERNÁNDEZ D². ¹Servicio de Pediatría. Sección de Neonatología. ²Unidad de Enfermería. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. Analgesia en la toma sanguínea de talón de los recién nacidos. *An Pediatr (Barc)*. 2008;69:544-7.

ALMANSA C, REY E, SÁNCHEZ RG, SÁNCHEZ AA, DÍAZ-RUBIO M. Departamento de Enfermedades Digestivas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in patients with fibromyalgia and the role of psychologic distress. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7:438-45. Epub 2008 Dec 13.

ÁLVARO LC, GARCÍA JM, AREITIO E. Departamento de Neurología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. Nummular headache: a series with symptomatic and primary cases. *Cephalalgia*. 2009; 29:379-83.

ARAÍCOT A, TORRES-MOLINA F, SAADEDDIN A, CÁRCEL-TRULLOLS J, ÁLVAREZ-FUENTES J, HOLLGADO A, FERNÁNDEZ-ARÉVALO M, PERIS JE. Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Universidad de Valencia. *In vitro* and *in vivo* studies of a new sustained release formulation of morphine. Discrepancies between the *in vitro* release and the *in vivo* absorption in dogs. *Arzneimittelforschung*. 2008;58:647-52.

ARIAS A, AZABAL M, HIDALGO JJ, DE LA MACORRA JC. Departamento de Odontología Conservativa.

Facultad (Estomatología II) de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Relationship between postendodontic pain, tooth diagnostic factors, and apical patency. *J Endod*. 2009;35:189-92.

ARIAS JL, GÓMEZ-GALLO A, DELGADO AV, RUIZ MA. Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Kollidon® SR colloidal particles as vehicles for oral morphine delivery in pain treatment. *Colloids Surf B Biointerfaces*. 2009;70:207-12.

BENÍTEZ-ROSARIO MA, SALINAS-MARTÍN A, AGUIRRE-JAIME A, PÉREZ-MÉNDEZ L, FERIA M. Unidad de Cuidados Paliativos (MAB-R, AS-M) y Unidad de Investigación (AA-J, LP-M). Hospital Universitario NS Candelaria. Servicio Canario de Salud; y Departamento de Farmacología (MAB-R, MF). Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife. Morphine-methadone opioid rotation in cancer patients: analysis of dose ratio-predicting factors. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Jan 24. Epub ahead of print.

BENITO-RUIZ P, CAMACHO-ZAMBRANO MM, CARRILLO-ARCENTALES JN, MESTANZA-PERALTA MA, VALLEJO-FLORES CA, VARGAS-LÓPEZ SV, VILLACIS-TAMAYO RA, ZURITA-GAVILANES LA. Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. A randomized controlled trial on the efficacy and safety of a food ingredient, collagen hydrolysate, for improving joint comfort. *Int J Food Sci Nutr*. 2009; 12:1-15.

BRENCAT A, ROMERO L, GARCÍA M, PUJOL M, BURGUEÑO J, TORRENS A, HAMON M, BAEYENS JM, BUSCHMANN H, ZAMANILLO D, VELA JM. Laboratorios Esteve. Departamento de Farmacología.

Barcelona. 5-HT₇ receptor activation inhibits mechanical hypersensitivity secondary to capsaicin sensitization in mice. *Pain*. 2009;141:239-47.

CALANDRE EP, HIDALGO J, GARCÍA-LEIVA JM, RICO-VILADEMOROS F, DELGADO-RODRÍGUEZ A. Instituto de Neurociencias. Universidad de Granada. Granada. Myofascial trigger points in cluster headache patients: a case series. *Head Face Med*. 2008;4:32.

CHILET-ROSELL E, RUIZ-CANTERO MT, HORGA JF. Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. Women's health and gender-based clinical trials on etoricoxib: methodological gender bias. *J Public Health (Oxf)*. 2009 Mar 14. Epub ahead of print.

CUADRADO M, VALLE B, FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS C, BARRIGA F, PAREJA J. Departamento de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense. Madrid. Bifocal nummular headache: the first three cases. *Cephalalgia*. 2009 Feb 19. Epub ahead of print.

GARCÍA-ESTÉVEZ DA, VADILLO-GONZÁLEZ FJ, FERNÁNDEZ-CEBRIÁN S, PITA-PÉREZ MJ. Unidad de Neurología. Servicio de Pediatría. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos. Monforte de Lemos. Lugo. Pseudomigraña con pleocitosis: un caso pediátrico con ataxia cerebelosa e infección por el virus de la parotiditis. *Rev Neurol*. 2009;48:108-10.

GARZÓN J, DE LA TORRE-MADRID E, RODRÍGUEZ-MUÑOZ M, VICENTE-SÁNCHEZ A, SÁNCHEZ-BLÁZQUEZ P. Instituto Cajal. CSIC. Madrid. Gz mediates the long-lasting desensitization of brain CB1 receptors and is essential for cross-tolerance with morphine. *Mol Pain*. 2009;5:11.

GÓMEZ-MORENO G, GUARDIA J, CUTANDO A, CALVO-GUIRADO JL. Departamento de Odontología. Universidad de Granada. Granada. Pharmacological interactions of anti-inflammatory-analgesics in odontology. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14:E81-9.

GONZÁLEZ-IGLESIAS J, FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS C, CLELAND JA, GUTIÉRREZ-VEGA MR. Centro de Fisioterapia Integral. Candas. Asturias. Thoracic spine manipulation for the management of patients with neck pain: a randomized clinical trial. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2009;39:20-7.

*GUARNER L¹, ABU-SUBOH M², DOT J², OLSINA J³. ¹Servicio de Aparato Digestivo. ²Servicio de Endoscopia Digestiva. ³Servicio de Cirugía. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. Tratamiento

del dolor en la pancreatitis crónica. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32:109-15.

*GUARNER L, NAVALPOTRO B, MOLERO X, GIRALT J, MALAGELADA JR. Unidad de Investigación de Enfermedades Digestivas. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. Management of painful chronic pancreatitis with single-dose radiotherapy. *Am J Gastroenterol*. 2009;104:349-55.

IBÁÑEZ-GARCÍA J, ALBURQUERQUE-SENDÍN F, RODRÍGUEZ-BLANCO C, GIRAÓ D, ATIENZA-MESEGUER A, PLANELLA-ABELLA S, FERNÁNDEZ-DE-LAS PEÑAS C. Escuela de Osteopatía de Madrid. Changes in masseter muscle trigger points following strain-counterstrain or neuro-muscular technique. *J Bodyw Mov Ther*. 2009;13:2-10.

IRIMIA P, ARBIZU J, PRIETO E, FERNÁNDEZ-TORRÓN R, MARTÍNEZ-VILA E. Departamento de Neurología. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona. Activation of the brainstem but not of the hypothalamus in hemicrania continua without autonomic symptoms. *Cephalalgia*. 2009 Mar 5. Epub ahead of print.

JENSEN EW, JOSPIN M, GAMBUS PL, VALLVERDÚ M, CAMINAL P. Departamento de Control Automático. Centro de Investigación de Ingeniería Biomédica. Universidad Politécnica de Catalunya (UPC). CIBER-BBN. Barcelona. Validation of the Index of Consciousness (IoC) during sedation/analgesia for ultrasonographic endoscopy. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*. 2008;2008:5552-5.

MADRID R, DE LA PEÑA E, DONOVAN-RODRÍGUEZ T, BELMONTE C, VIANA F. Instituto de Neurociencias de Alicante. Universidad Miguel Hernández-Consejo Superior de Investigaciones Científicas. San Juan de Alicante. Variable threshold of trigeminal cold-thermosensitive neurons is determined by a balance between TRPM8 and Kv1 potassium channels. *J Neurosci*. 2009;29:3120-31.

MANSILLA-FERRAGUT P, FERNÁNDEZ-DE-LAS PEÑAS C, ALBURQUERQUE-SENDÍN F, CLELAND JA, BOSCA-GANDÍA JJ. Escuela de Osteopatía de Madrid. Immediate effects of atlanto-occipital joint manipulation on active mouth opening and pressure pain sensitivity in women with mechanical neck pain. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009;32:101-6.

MARTÍ-BONMATÍ L, SANZ-REQUENA R, RODRIGO JL, ALBERICH-BAYARRI A, CAROT JM. Departamento de Radiología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. Glucosamine sulphate effect on the degenerated patellar cartilage: preliminary findings by pharmaco-

kinetic magnetic resonance modelling. *Eur Radiol*. 2009 Feb 13. Epub ahead of print.

MARTÍN YB, AVENDAÑO C. Departamento de Anatomía, Histología y Neurociencias. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Madrid. Effects of removal of dietary polyunsaturated fatty acids on plasma extravasation and mechanical allodynia in a trigeminal neuropathic pain model. *Mol Pain*. 2009;5:8.

MIRA JJ, PÉREZ-JOVER V, NEBOT C. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. Diferencias entre varones y mujeres en la percepción del tratamiento del dolor posquirúrgico. *Cir Esp*. 2009;85:186-7.

NÚÑEZ M, NÚÑEZ E, SASTRE S, DEL-VAL JL, SEGUR JM, MACULE F. Departamento de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. Unidad de Rodilla. Departamento COT. CEMEQU. Barcelona. Prevalence of knee osteoarthritis and analysis of pain, rigidity, and functional incapacity. *Orthopedics*. 2008;31:753.

OWEN RT. Departamento de Información Médica. Prous Science. Barcelona. Milnacipran hydrochloride: its efficacy, safety and tolerability profile in fibromyalgia syndrome. *Drugs Today (Barc)*. 2008;44:653-60.

PASCUAL I, GARCÍA-OLMO D, MARTÍNEZ-PUENTE C, PASCUAL-MONTERO JA. Servicio de Cirugía General. Coloproctología. Clínica Centro. Madrid. Hallazgos ecográficos en la proctalgia espontánea o postoperatoria. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100:764-7.

PELLISÉ F, BALAGUÉ F, RAJMIL L, CEDRASCHI C, AGUIRRE M, FONTECHA CG, PASARÍN M, FERRER M. Unidad del Raquis. Hospital Universitari de Traumatologia i Rehabilitació Vall d'Hebron. Barcelona. Prevalence of low back pain and its effect on health-related quality of life in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163:65-71.

PRAT R, GALEANO I. Departamento de Neurocirugía. Hospital La Fe Valencia. Valencia. Pain improvement in patients with syringomyelia and Chiari I malformation treated with suboccipital decompression and tonsillar coagulation. *J Clin Neurosci*. 2009;16:531-4. Epub 2009 Feb 23.

*RUIZ LÓPEZ D¹, ALONSO BABARRO A², GÓMEZ SALCEDO P³, VARELA CERDEIRA M⁴. ¹Unidad de Cuidados Paliativos. Fundación Instituto San José. Madrid. ²Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de La Paz. Madrid. ³Servicio de

Farmacia. Hospital Universitario de La Paz. Madrid. ⁴Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Centro de Salud Reyes Católicos. Área 5 de Atención Primaria de Madrid. Evolución del consumo de opiáceos en dos áreas sanitarias de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (España) y sus hospitales de referencia entre los años 2002 y 2006. *Rev Clin Esp*. 2008;208:541-5.

SANTIVERI PAPIOL X, CASTILLO MONSEGUR J, BISBE VIVES E, GINÉS CESPEDOSA A, BARTRONS VILARNAU R, MONTES PÉREZ A, ESCOLANO VILLÉN F. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Mar-Esperança. Barcelona. Comparación de la eficacia y seguridad de tres técnicas analgésicas (epidural, bloqueo femoral y bloqueo femoral-ciático) en el postoperatorio de prótesis total de rodilla. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2009;56:16-20.

SERRA J. Departamento de Neurología. MC Mutual. Barcelona. Re-emerging microneurography. *J Physiol*. 2009;587(Pt 2):295-6.

*TORRES X¹, COLLADO A², ARIAS A², PERI JM¹, BAILLES E¹, SALAMERO M¹, VALDÉS M³. ¹Servicio de Psicología Clínica. ²Servicio de Reumatología. ³Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. Pain locus of control predicts return to work among Spanish fibromyalgia patients after completion of a multidisciplinary pain program. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31:137-45.

ÚBEDA A, LLOPICO J, SÁNCHEZ MT. Departamento de Farmacología. Universidad de Valencia (UVEG). Blood pressure reduction in hypertensive patients after withdrawal of effervescent medication. *Pharmacoeconomics Drug Saf*. 2009 Feb 26. Epub ahead of print.

VALENCIA M, ALONSO B, ÁLVAREZ MJ, BARRIENTOS MJ, AYÁN C, MARTÍN SÁNCHEZ V. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de León. León. Effects of 2 physiotherapy programs on pain perception, muscular flexibility, and illness impact in women with fibromyalgia: a pilot study. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009;32:84-92.

AGUIRRE UNCETA-BARRENECHEA A¹, SAIUA ITURRIAGA G¹, SAINZ DE ROZAS APARICIO I², RIVERA FERNÁNDEZ D²

¹Servicio de Pediatría. Sección de Neonatología.

²Unidad de Enfermería. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya

Analgesia en la toma sanguínea de talón de los recién nacidos

An Pediatr (Barc). 2008;69:544-7

En neonatos, tradicionalmente el dolor ha sido tratado de forma insuficiente, ya que la incapacidad del recién nacido para verbalizar sus sentimientos y expresar su dolor era interpretada como la incapacidad de experimentarlo y recordarlo. Sin embargo, los niños sienten dolor desde las primeras semanas de edad posconcepcional y puede tener consecuencias negativas tanto en el momento agudo como en el desarrollo posterior del recién nacido. Por todo ello, el tratamiento del dolor debe ser una prioridad en el tratamiento del paciente neonatal. Entre los procedimientos sistemáticos que generan dolor en el recién nacido sano se encuentra la incisión del talón con el fin de efectuar las tomas de muestras sanguíneas para el cribado universal endocrinometabólico. La extracción sanguínea de talón es un procedimiento doloroso para el recién nacido, cuya intensidad ha disminuido en los últimos años con la incorporación de nuevas lancetas que minimizan el dolor. En su medio los autores añaden medidas complementarias de calentamiento y contención del recién nacido, que disminuyen el dolor durante la extracción. En este trabajo, los autores se plantean las siguientes cuestiones: ¿cuál es el grado de malestar y la duración del dolor causados por la toma sanguínea en el talón?, ¿un adecuado procedimiento de enfermería pediátrica puede disminuir el dolor?, ¿qué medidas de analgesia pueden resultar útiles en la toma sanguínea del talón en el recién nacido? Para responder a estas preguntas analizan el impacto doloroso del procedimiento aplicando la técnica actual de contención de enfermería y su comparación con la incorporación de otros procedimientos analgésicos no farmacológicos, como la succión no nutritiva y la solución de sacarosa al 24%. Así pues, el objetivo del estudio fue determinar el grado de malestar y de dolor causado por la toma sanguínea de talón y comparar diferentes tratamientos analgésicos. Se estudiaron 150 recién nacidos procedentes de la Maternidad del Hospital de Basurto durante un periodo de 3 meses; se formaron tres grupos aleatorios, previo consentimiento informado. El grupo 1 (control), formado por 50 recién nacidos, que no recibió ninguna intervención analgésica específica durante la extracción para el cribado endocrinometabólico. En este grupo control se aplicó la técnica habitual de extracción con contención específica de enfermería pediátrica. Los grupos 2 y 3, con 50 recién nacidos cada uno, aleatorizados, constituyeron un doble ciego; un grupo recibió además succión no nutritiva con

placebo, y el otro, succión no nutritiva con solución de sacarosa al 24%. Finalizado el estudio se compararon los resultados del grupo 1 (control) con los grupos 2 y 3, que recibieron complementos analgésicos. Para medir el dolor ocasionado por la técnica, se aplicó la escala de malestar *Neonatal Facing Coding System* (NFCS) modificada, valorada por personal de enfermería específicamente entrenado. El grado o la intensidad del dolor se determinó mediante la puntuación registrada por el observador (nulo = 0, máximo = 5). En el grupo 1 de control, la puntuación media en la escala de malestar fue de 3,9, con dolor moderado, que provocó un tiempo de llanto de 51,7 s; el grupo 2, que recibió succión no nutritiva con placebo, obtuvo una puntuación de 2,1, dolor leve, con 10,7 s de llanto, mientras que el grupo 3, que recibió succión no nutritiva con solución de sacarosa, obtuvo 1,5 puntos, dolor leve, y un tiempo de llanto de 10,7 s. En la comparación de los resultados entre el grupo control y los grupos de succión no nutritiva se observaron diferencias significativas tanto en la puntuación de la escala de molestias como en el tiempo de llanto ($p < 0,001$). En el análisis comparativo entre los grupos de succión no nutritiva con placebo y sacarosa no se detectaron diferencias significativas. En conclusión, la toma de muestras sanguíneas en el talón es un procedimiento que genera malestar y dolor de moderada intensidad para el recién nacido y es susceptible de tratamiento analgésico. Aplicando una técnica de enfermería que combine el precalentamiento del talón, la extracción progresiva de la muestra y las maniobras de contención del recién nacido, y utilizando de forma complementaria la succión no nutritiva, con tetina o chupete humedecido en agua, durante el proceso de obtención de las muestras, se disminuye de forma significativa el malestar y el llanto, por lo que los autores no consideran necesarios otros procedimientos analgésicos.

GUARNER L¹, ABU-SUBOH M², DOT J², OLSINA J³

¹Servicio de Aparato Digestivo. ²Servicio de Endoscopia Digestiva. ³Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

Tratamiento del dolor en la pancreatitis crónica

Gastroenterol Hepatol. 2009;32:109-15. Epub 2009 Feb 5

Los autores realizan este trabajo de revisión sobre el tratamiento del dolor abdominal, que es el síntoma que presentan de forma más frecuente los pacientes con pancreatitis crónica. El 70-90% de

los pacientes lo experimentan en algún momento de la evolución de la enfermedad; en el caso de los pacientes con pancreatitis alcohólica generalmente esto ocurre al inicio, en los pacientes con pancreatitis idiopática hay una forma de inicio precoz (juvenil), en la que el dolor se presenta en la fase inicial de la enfermedad, y una forma de inicio tardío (senil), en la que el dolor es de instauración tardía o incluso puede no aparecer nunca. Según diferentes autores, entre un 27-67% de los pacientes precisa tratamiento quirúrgico por falta de respuesta al tratamiento médico, y se sabe también que el dolor puede recidivar en más del 30% de los pacientes operados, por lo que no es infrecuente una segunda intervención. Hoy en día se dispone de varias posibilidades de tratamiento (médico, endoscópico o quirúrgico) y es importante elegir de forma individualizada el método más apropiado para cada paciente. Hay dos patrones típicos de dolor, el tipo A, en forma de brotes repetidos de pancreatitis con intervalos libres de dolor, y el tipo B, caracterizado por periodos prolongados de dolor persistente con exacerbaciones y generalmente asociado a complicaciones de la pancreatitis. El dolor puede ser de intensidad leve, moderada o grave y puede precisar múltiples hospitalizaciones. Disminuye en intensidad y frecuencia con el tiempo de evolución de la enfermedad e incluso puede llegar a desaparecer espontáneamente. Es un dolor frecuentemente desencadenado por la ingesta, por lo que generalmente se asocia a pérdida de peso. La etiología del dolor no está bien definida, y es posible que sea multifactorial, destacando los siguientes factores: 1) aumento de la presión intraductal y parenquimatosa; 2) alteraciones neuronales, como el aumento en el número de neuronas y la hipertrofia de las mismas; 3) persistencia de la ingesta alcohólica, y 4) necrosis pancreática con formación de pseudoquistes, que pueden comprimir el conducto biliar, el conducto de Wirsung o el estómago. Se revisan los métodos utilizados habitualmente para el tratamiento del dolor en estos pacientes. En cuanto a la administración de analgésicos, cuando un paciente no responde a los analgésicos menores (paracetamol y metamizol), antiinflamatorios (ibuprofeno, ketorolaco) administrados con antidepresivos, ni a los opioides débiles, debe plantearse otro tipo de tratamiento quirúrgico para evitar la adicción a opiáceos. En la supresión de la secreción pancreática para disminuir el dolor, se administran enzimas pancreáticas (como la octreótida), con resultados no muy eficaces. Se han utilizado también antioxidantes como los carotenos, la vitamina C y E, la metionina y el selenio, para reducir el estrés

oxidativo, que han demostrado mayor efectividad, reduciendo el dolor y mejorando la calidad de vida de estos pacientes. Actualmente se está realizando un estudio multicéntrico europeo en pacientes con pancreatitis hereditaria o idiopática. Se ha publicado un estudio con alopurinol, en el que no se ha demostrado su efectividad. La radioterapia, cuyo tratamiento ha sido eficaz, es una alternativa que hay que tener en cuenta antes de indicar el tratamiento quirúrgico. La utilidad de la endoscopia en el tratamiento del dolor de origen pancreático viene definida por dos actuaciones diferentes: el manejo de la enfermedad del conducto de Wirsung mediante endoterapia pancreática y el bloqueo del plexo celíaco guiado por ecoendoscopia. La colocación endoscópica de prótesis en el conducto pancreático mejora el dolor persistente o recurrente en la pancreatitis crónica (éxito técnico en 72-100% de los pacientes). Se revisa el tratamiento endoscópico de los cálculos pancreáticos (litotricia, esfinterotomía de Wirsung) cuyas técnicas no están exentas de complicaciones. Se comenta también la neurólisis del plexo celíaco, que se usa para paliar el dolor relacionado con neoplasias de páncreas y para disminuir el dolor en la pancreatitis crónica. Esta técnica puede realizarse de forma percutánea, quirúrgica o mediante control ecoendoscópico. En cuanto al tratamiento quirúrgico, la cirugía en la pancreatitis crónica está indicada en cinco casos: dolor abdominal intratable, sospecha de malignidad, fibrosis con afectación de órganos vecinos (vía biliar y duodeno), consecuencias de la rotura del conducto pancreático principal y pacientes en quienes no se puede abordar la papila para la colocación de prótesis pancreáticas. Los autores, como conclusión, indican que el tratamiento quirúrgico del dolor abdominal en la pancreatitis crónica es efectivo. Las pruebas de imagen ayudan a determinar la técnica quirúrgica más adecuada. La dilatación del conducto de Wirsung aconseja técnicas derivativas. Las resecciones pancreáticas están indicadas ante la sospecha tumoral o conducto de Wirsung fino. El fracaso del tratamiento quirúrgico del dolor obliga a realizar un tratamiento mediante neurólisis de los ganglios celíacos o una esplenectomía toracoscópica.

RUIZ LÓPEZ D¹, ALONSO BABARRO A², GÓMEZ SALCEDO P³, VARELA CERDEIRA M⁴

¹Unidad de Cuidados Paliativos. Fundación Instituto San José. Madrid. ²Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de La Paz. Madrid.

³Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de La Paz. Madrid. ⁴Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Centro de Salud Reyes Católicos. Área 5 de Atención Primaria de Madrid

Evolución del consumo de opiáceos en dos áreas sanitarias de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (España) y sus hospitales de referencia entre los años 2002 y 2006

Rev Clin Esp. 2008;208:541-5

Los opiáceos constituyen el principal grupo farmacológico para el control del dolor oncológico, formando parte del segundo y tercer escalón de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los autores realizan este estudio con el objetivo de describir la evolución de la prescripción de opiáceos en los últimos años (2002-2006) en dos áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid (áreas 2 y 5 de Atención Primaria) y en sus hospitales de referencia pertenecientes a la red INSALUD (hospitales universitarios de la Princesa y de La Paz). Se ha llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo de las prescripciones realizadas por médicos de atención primaria y atención especializada mediante el cálculo de dosis por habitante y día. Se han registrado las recetas del INSALUD del grupo de analgésicos narcóticos (N02A) y analgésicos no narcóticos (N02B), y los opiáceos utilizados por las unidades de cuidados paliativos de ambas áreas. Como fuente de datos de atención primaria se ha utilizado la base de datos del sistema FARMADRID (antes SIFAR). Se ha determinado y cuantificado el cambio en el patrón de uso de opiáceos, viendo la evolución del consumo de los diferentes principios activos (morfina, fentanilo, buprenorfina, oxycodona, metadona, tramadol, pentazocina, codeína, dihidrocodeína, dextropropoxifeno y meperidina). En atención primaria, el opiáceo más prescrito del tercer escalón analgésico de la OMS es el fentanilo transdérmico (78,4% del total en 2006 en el área 2, y 76,7% en el área 5), seguido de la buprenorfina (12,3 y 13,2%) y la morfina (6,9 y 8,4%). Los menos prescritos son la oxycodona (3,7% en el área 2, y 1,6% en el área 5) y la metadona (0,001% en ambas áreas sanitarias). En cuanto a los fármacos opiáceos del segundo escalón, destaca el aumento de consumo del tramadol, con un 85,1 y un 83,6% del total del grupo en 2006, y la reducción de la codeína y dihidrocodeína (hasta el cese total de consumo de esta última en el año 2004). Los otros principios activos, como pentazocina, meperidina y dextropropoxifeno, presentan variaciones poco relevantes con un consumo muy bajo. Se observa una reducción

progresiva del consumo de morfina en las dos áreas sanitarias. Los resultados muestran un crecimiento del consumo total de opioides del tercer escalón, desde una dosis por habitante y día 897,7 en 2003 en el área 5, y 1.056,4 en el área 2, hasta 1.490,1 y 1.601,5, respectivamente, en 2006, y del consumo total de opioides del segundo escalón desde 1.545,2 y 1.629,9 en 2003 hasta 1.904,7 y 1.730,7 en ambas áreas en 2006. En los hospitales analizados se aprecia una progresión similar, con un incremento gradual en la utilización del fentanilo transdérmico (96,2% desde 1997) y una tendencia a la reducción del consumo de morfina. Los datos reflejan la tendencia al aumento del consumo de opioides del segundo y tercer escalón de la OMS, a pesar del descenso del consumo de la morfina. Es destacable que el fentanilo transdérmico es el mayor opiáceo prescrito. El estudio refleja la tendencia del aumento del consumo de opiáceos en España. Los datos obtenidos permiten observar un claro cambio en el patrón de consumo de los opiáceos.

TORRES X¹, COLLADO A², ARIAS A², PERI JM¹, BAILLES E¹, SALAMERO M¹, VALDÉS M³

¹Servicio de Psicología Clínica. ²Servicio de Reumatología. ³Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona

Pain locus of control predicts return to work among Spanish fibromyalgia patients after completion of a multidisciplinary pain program

Gen Hosp Psychiatry. 2009;31:137-45. Epub 2009 Jan 24

Los autores realizan este estudio con el objetivo de evaluar la influencia del *locus* de control del dolor para predecir la reincorporación al trabajo en pacientes con fibromialgia que participaron en un protocolo de tratamiento multidisciplinario. Se esperaba que el aumento de las puntuaciones en la dimensión externa del *locus* de control del dolor disminuiría la probabilidad de reincorporación al trabajo después del programa multidisciplinario. Teniendo en cuenta que la primera reincorporación al trabajo al alta es a menudo seguida por recurrencias en las bajas laborales en pacientes con dolor crónico, se incluyó un seguimiento de 12 meses. Participaron 98 pacientes ambulatorios consecutivos con fibromialgia, con baja laboral por enfermedad, en un programa de tratamiento multidisciplinario, y fueron seguidos durante 12 meses después del alta. Los resultados fueron considerados con éxito al alta en aquellos pacientes que se reincorporaron al

trabajo, y sin éxito en los pacientes que permanecieron en lista de enfermos después del tratamiento. A los 12 meses de seguimiento, se consideró con éxito a los pacientes que permanecieron en el lugar de trabajo durante al menos los últimos 6 meses del seguimiento. Los pacientes que tomaron de nuevo la baja laboral por enfermedad y los que se perdieron durante el seguimiento fueron considerados fracasos del tratamiento. Se utilizaron métodos de regresión logística para definir los mejores modelos de predicción de fracaso del tratamiento. De la muestra final de 98 pacientes con fibromialgia, al alta del tratamiento 58 pacientes (59,2%) se reincorporaron al trabajo y fueron considerados con éxito, y 40 pacientes (40,8%) se consideraron fracasos. Durante el seguimiento, cuatro pacientes (4,1%) se excluyeron del estudio. Así, la muestra final en el periodo de seguimiento fue de 94 pacientes. A los 12 meses de seguimiento, 40 (72,7%) de los 55 éxitos permanecían en el trabajo, y 12 (21,8%) volvieron a la baja laboral. Del mismo modo, 24 (61,5%) de los 39 fracasos permanecieron en baja laboral, mientras que 10 (25,6%) se reincorporaron al trabajo y permanecieron activos al menos durante los últimos 6 meses del seguimiento. Se perdieron ocho pacientes (8,5%) durante el seguimiento, y por ello se consideraron fracasos. La subescala «Destino» de la Escala de dolor del cuestionario multidimensional de *locus* de control de salud y el Cuestionario de Evaluación de la Salud predijeron el fracaso del tratamiento al alta ($-2\ln R = 57,79$; $\chi^2 = 74,74$; $df = 2$; $p < 0,001$). Es decir, el modelo fue significativamente capaz de predecir la no incorporación al trabajo al alta del tratamiento. El fracaso del modelo predictivo del tratamiento a los 12 meses de seguimiento fue inespecífico. Los resultados del estudio sugieren que los pacientes con fibromialgia con mayor probabilidad de no reincorporarse al trabajo tras el alta del tratamiento multidisciplinario son aquellos que: 1) mantienen creencias negativas sobre la progresión del dolor (tienen un *locus* de control del dolor caracterizado por expectativas más negativas), y 2) refieren una mayor discapacidad funcional previa al tratamiento.