

# PAIN & SPAIN

DOLOR 2002;17:41-44

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 2001/11/15 a 2002/2/15), en continuidad a la búsqueda anterior [DOLOR 2001;16(4):211-4]. 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.

\*BALIBREA JL. Universidad Complutense de Madrid. Abdomen agudo en el siglo XXI. Med Clin (Barc) 2001;117:619-21.

\*CANO MARTÍNEZ S, MOYANO DE BEÇA F, VILA LONGUEIRA A, LOURO GONZÁLEZ A. Servicio de Atención Primaria de Cambre. A Coruña. Servicio Galego de Saúde. Novedades en el manejo del dolor lumbar. Aten Primaria 2001;28:662-7.

\*DE LA PEÑA M, TOGORES B, BOSCH M, MAIMO A<sup>2</sup>, ABAD S<sup>1</sup>, GARRIDO P<sup>3</sup>, SORO JA<sup>1</sup>, AGUSTÍ AGN<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Cirugía Digestiva, <sup>2</sup>Servicio de Neumología y <sup>3</sup>Anestesiología. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. Sección Neumología Complejo Hospitalario de Mallorca. Recuperación de la función pulmonar tras colecistectomía laparoscópica: papel del dolor postoperatorio. Arch Bronconeumol 2002;38:72-6.

ESCOSA-BAGÉ M, GARCÍA-NAVARRETE E, PASQUAL-GARVI JM, SOLA RG. Servicio de Neurocirugía. Hospital de la Princesa. Madrid. Tratamiento quirúrgico de la espondilodiscitis en la espondilitis anquilosante. Presentación de dos casos. Rev Neurol 2001;33:964-6.

GARCÍA-LECHUZ JM, JULVE R, ALCALÁ L, RUIZ-SERRANO MJ, MUÑOZ P. Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Espondilodiscitis tuberculosa o enfermedad de Pott: experiencia en un hospital general. Enferm Infecc Microbiol Clin 2002;20:5-9.

GOMÁRIZ EM, Del M, GUIJO VP, CONTRERAS AE, VILLANUEVA M, ESTÉVEZ EC. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. The potential of ESSG spondyloarthropathy classification criteria as a diagnostic aid in rheumatological practice. J Rheumatol 2002;29:326-30.

\*LÁZARO C<sup>1</sup>, CASERAS X<sup>2</sup>, WHIZAR-LUGO VM<sup>3</sup>, WENK R<sup>4</sup>, BALDIOCEDA F<sup>5</sup>, BERNAL R<sup>6</sup>, OVALLE A<sup>6</sup>, TORRUBIA R<sup>2</sup>, BAÑOS JE<sup>1</sup>. Departamentos de <sup>1</sup>Farmacología, de Terapéutica y de Toxicología y <sup>2</sup>Psiquiatría y Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra. <sup>3</sup>Servicios Profesionales de Anestesiología y Clínica del Dolor. Centro Médico del Noroeste, Tijuana, Baja California, México. <sup>4</sup>Organización Mundial de la Salud. Punto Focal. Programa Argentino de Medicina Paliativa. San Nicolás, Argentina. <sup>5</sup>Trastornos Temporomandibulares y Dolor Facial. San José, Costa Rica. <sup>6</sup>Instituto Oncológico Nacional. El Dorado, Panamá. Psychometric properties of a Spanish version of the McGill Pain Questionnaire in several Spanish-speaking countries. Clin J Pain 2001;17:365-74.

MATUTE P. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Clínico y Provincial. Barcelona. Stent aórtico: punto de vista del anestesiólogo. Rev Esp Anestesiol Reanim 2001; 48:496-8.

SÁNCHEZ-PÉREZ J, SÁNCHEZ TS, GARCÍA-DÍEZ A. Departamento de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Universidad Autónoma de Madrid. Combined contact and photocontact aller-

gic dermatitis to etofenamate in flogoprofen gel. Am J Contact Dermat 2001;12:215-6.

**BALIBREA JL**

**Universidad Complutense de Madrid**

**Abdomen agudo en el siglo XXI**

**Med Clin (Barc) 2001;117:619-21**

El autor expone en una editorial una de las mayores singularidades nosotáxicas en la medicina como es la pervivencia del término abdomen agudo, ya que es difícil encontrarle una correcta ubicación en la clasificación de las enfermedades y una definición satisfactoria. El término fue empleado por primera vez a finales del siglo XIX por el cirujano John B. Murphy para indicar una situación clínica caracterizada por un dolor abdominal de aparición brusca, acompañado la mayoría de las veces por detención del tránsito intestinal, contractura de la pared abdominal y grave alteración del estado general del paciente. Este intento de definición sindrómica incluía muy diversas etiologías y era un término muy impreciso, indicando realmente una falta de seguridad diagnóstica. Actualmente se tiende a emplear más el nombre de la entidad nosológica causal. No obstante, el término abdomen agudo ha sobrevivido más de un siglo. En los últimos años se ha avanzado en el conocimiento de la fisiopatología, los métodos diagnósticos y el tratamiento. El autor comenta con atención especial, por su creciente citación en la bibliografía médica, el síndrome compartimental del abdomen, en el que intervienen diversas alteraciones fisiopatológicas. Deben precisarse los diagnósticos de las causas que originan el cuadro abdominal agudo e intentar basar las exploraciones clínicas y complementarias en la sospecha de una concreta etiología. La nueva tecnología radiológica ha aportado grandes avances en la definición de la etiología y en la decisión terapéutica de la intervención quirúrgica. Y en la técnica operatoria, reflexiona sobre lo que la cirugía laparoscópica ha supuesto para el tratamiento de estos pacientes. El síndrome compartimental del abdomen fue citado inicialmente en 1951, y ha sido reconocido en estos últimos años como entidad nosológica. Representa una situación fisiopatológica con graves repercusiones sistémicas. Los síndromes compartimentales pueden definirse como la consecuencia del aumento de presión en un espacio anatómico confinado (p. ej., miembros, cráneo, órbita o celda renal). La presión normal de la cavidad abdominal es menor de 10 mmHg. Las alteraciones son graves cuando la presión es superior a 35 mmHg. El carácter

agudo o crónico del cuadro hipertensivo es factor importante en estas ocasiones. En los cuadros agudos, como son las hemorragias intraabdominales, la peritonitis agudas, la obstrucción intestinal, o el neumoperitoneo excesivo instaurado en el curso de la cirugía laparoscópica, las graves alteraciones homeostáticas son difícilmente corregibles por mecanismos compensadores. En cambio, en los cuadros de hipertensión compartimental crónica (ascitis, tumores, insuficiencia cardíaca congestiva, obesidad mórbida y embarazo) al desarrollarse lentamente permite una cierta adaptación. Se comenta el método más eficaz para medir la presión intraabdominal. En la fisiopatología del síndrome compartimental del abdomen hay que considerar los efectos del aumento de la presión intraabdominal y los que se asocian a su etiología. En este sentido, se comentan las consecuencias de la hipertensión compartimental abdominal en los aparatos o sistemas cardiovascular, respiratorio, renal, hepático, intestinal y neurológico. Asimismo, se mencionan las ventajas del diagnóstico por imagen en cuadros agudos, con notables avances para establecer la causa, el estado evolutivo e indicar la necesidad de una intervención quirúrgica.

**CANO MARTÍNEZ S, MOYANO DE BEÇA F, VILA LONGUEIRA A, LOURO GONZÁLEZ A**

**Servicio de Atención Primaria de Cambre. A Coruña. Servicio Galego de Saúde**

**Novedades en el manejo del dolor lumbar**

**Aten Primaria 2001;28:662-7**

En el presente trabajo los autores revisan una selección de artículos originales publicados sobre dolor lumbar. En esta revisión sólo se han incluido ensayos clínicos controlados, metaanálisis y revisiones sistemáticas publicadas en los últimos 2 años. Los artículos fueron localizados a través de la base de datos Medline y de la Cochrane Library en 25/9/2001. En Medline se utilizó para la búsqueda el descriptor *low back pain*, añadiendo como límites *randomized controlled trial* y *adult*. Se encontraron 73 artículos, de los cuales los autores seleccionan 8 para esta revisión, por su calidad metodológica, por el prestigio de la publicación original y por la relevancia de los hallazgos en relación con la atención primaria. Con relación al campo "Diagnóstico" seleccionan 2 trabajos: 1) Influencia en los síntomas de la realización de una radiografía de la columna lumbar y la satisfacción del paciente. 2) La solicitud rutinaria de una radiografía lumbar no mejora los resultados. Referente al campo de la "Terapéutica",

seleccionan 6 trabajos: 1) ¿Qué grado de actividad es más apropiado recomendar: reposo en cama, incorporación laboral rápida o ejercicios? 2) Efecto de un programa de movilización suave sobre la incapacidad laboral secundaria a lumbalgia. 3) Eficacia de los ejercicios en la lumbalgia. 4) Eficacia de las *Back Schools* (Escuelas de la espalda) en la lumbalgia. 5) Eficacia de algunas terapias alternativas en el tratamiento de la lumbalgia crónica. 6) AINE, ¿fundamentales para el dolor de espalda? Tras la revisión, los autores obtienen las siguientes conclusiones: 1) La realización rutinaria de una radiografía de columna lumbar no está asociada a mejoría clínica del paciente. Sólo se aconseja en caso de que existan hallazgos clínicos que sugieran una patología específica. 2) El reposo en cama es menos eficaz que cualquier otra alternativa terapéutica. 3) En la lumbalgia aguda se recomienda movilización suave intentando mantener la actividad física diaria. En la lumbalgia crónica y subaguda, la utilización de ejercicios puede ayudar a la recuperación. 4) Las *Back Schools* (Escuelas de dolor lumbar) presentan mejores resultados a corto plazo que otros tratamientos en pacientes con lumbalgia crónica y recurrente dentro de un ámbito laboral. 5) El masaje resulta eficaz a corto plazo y persiste al menos durante un año en pacientes con lumbalgia persistente sin ciática. 6) No existen estudios suficientes para valorar la utilidad de los AINE en la ciática ni en la lumbalgia crónica. En la lumbalgia aguda no se ha demostrado que tengan un efecto más beneficioso que el paracetamol, que es mejor tolerado y tiene menos efectos potencialmente graves.

**DE LA PEÑA M, TOGORES B, BOSCH M, MAIMO A<sup>2</sup>,  
ABAD S<sup>1</sup>, GARRIDO P<sup>3</sup>, SORO JA<sup>1</sup>, AGUSTÍ AGN<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Cirugía Digestiva, <sup>2</sup>Servicio de Neumología y  
<sup>3</sup>Anestesiología. Hospital Universitario Son Dureta.  
Palma de Mallorca. Sección Neumología Complejo  
Hospitalario de Mallorca**

**Recuperación de la función pulmonar tras colecistec-  
tomía laparoscópica: papel del dolor postoperatorio**

**Arch Bronconeumol 2002;38:72-6**

La colestectomía laparoscópica (CL) es un procedimiento quirúrgico cada vez más utilizado en la práctica clínica por tener menor morbilidad y requerir un período de hospitalización más corto que los procedimientos clásicos de cirugía abierta. Estudios previos han demostrado que la función pulmonar se deteriora tras colecistectomía laparoscópica (CL). El período de tiempo necesario para la recupe-

ración completa de la función pulmonar post-CL no ha sido investigado previamente. Por otra parte, las alteraciones funcionales descritas en el postoperatorio inmediato podrían estar relacionadas, al menos parcialmente, con la persistencia de dolor y la limitación que ello supone para la práctica de determinadas exploraciones funcionales. En este estudio los autores evalúan: a) la evolución temporal de la función pulmonar post-CL, y b) el papel etiopatogénico del dolor postoperatorio en la pérdida de función pulmonar observada tras CL en estudios previos. Para ello se estudian 20 pacientes sanos (18 mujeres) con una edad media de 53 años (límites 27-74 años) seleccionados para CL electiva por colelitiasis sintomática (extirpación de vesícula biliar). En cada paciente se determinaron diversos parámetros de mecánica pulmonar e intercambio de gases –en este orden: gasometría arterial, volúmenes pulmonares estáticos y espirometría forzada– en 3 ocasiones diferentes: 24 h antes de la intervención de CL, en el momento del alta hospitalaria (48-72 h tras la CL) y 10 días después de cirugía, cuando los pacientes reanudan su vida normal. Todos los pacientes recibieron metamizol tras la CL hasta el alta (2 g/6 h e.v.) para control rutinario del dolor postoperatorio. Asimismo, y con objeto de evaluar el posible papel etiopatogénico del dolor durante la exploración funcional pulmonar, la mitad de ellos (grupo analgesia) recibieron tramadol (150 mg i.m.) 30 min antes de la exploración el día del alta hospitalaria (los 10 pacientes restantes sirvieron como grupo control). Los resultados antropométricos y funcionales preoperatorios fueron iguales en ambos grupos. El tiempo de CL y la evolución postoperatoria también fue similar (todos los pacientes fueron dados de alta sin complicaciones dentro de las primeras 72 h tras CL). En el momento del alta la función pulmonar (FVC = capacidad vital forzada; FEV = volumen espiratorio forzado en el primer segundo; TLC = capacidad pulmonar total; PaO<sub>2</sub> = presión parcial de oxígeno; y AaPO<sub>2</sub> = gradiente alveolar de oxígeno) había empeorado en ambos grupos ( $p < 0,001$ ). Este deterioro fue menos marcado en el grupo analgesia ( $p < 0,05$ ). Diez días después, la función pulmonar se había normalizado en todos los sujetos. Los resultados demuestran que: a) la CL induce un empeoramiento moderado de la función pulmonar, caracterizado por pérdida de volumen pulmonar y empeoramiento del intercambio de gases; b) estas alteraciones funcionales están presentes al alta hospitalaria, a pesar de que los pacientes generalmente están asintomáticos; c) la función pulmonar está completamente normalizada 10 días después del alta hospitalaria, y d) el dolor

postoperatorio es posiblemente un factor etiopatogénico importante en el deterioro de la función pulmonar tras CL. Esta observación realza la relevancia clínica del protocolo analgésico tras la CL.

**LÁZARO C<sup>1</sup>, CASERAS X<sup>2</sup>, WHIZAR-LUGO VM<sup>3</sup>, WENK R<sup>4</sup>, BALDIOCEDA F<sup>5</sup>, BERNAL R<sup>6</sup>, OVALLE A<sup>6</sup>, TORRUBIA R<sup>2</sup>, BAÑOS JE<sup>1</sup>**

**Departamentos de <sup>1</sup>Farmacología, de Terapéutica y de Toxicología y <sup>2</sup>Psiquiatría y Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra. <sup>3</sup>Servicios Profesionales de Anestesiología y Clínica del Dolor. Centro Médico del Noroeste, Tijuana, Baja California, México. <sup>4</sup>Organización Mundial de la Salud. Punto Focal. Programa Argentino de Medicina Paliativa. San Nicolás, Argentina. <sup>5</sup>Trastornos Temporomandibulares y Dolor Facial. San José, Costa Rica. <sup>6</sup>Instituto Oncológico Nacional. El Dorado, Panamá**

**Psychometric properties of a Spanish version of the McGill Pain Questionnaire in several Spanish-speaking countries**

**Clin J Pain 2001;17:365-74**

Las versiones del Cuestionario de Dolor McGill están disponibles en diversos idiomas y se utilizan en estudios clínicos y comparaciones socioculturales o étnicas en cuestiones de dolor. No obstante, hay un vacío de estudios que comparen la validez y veracidad del instrumento en los países donde se utiliza. El presente estudio investiga las propiedades psicométricas de la Versión Española del Cuestionario de Dolor McGill en 5 países de habla hispana. Con este fin los autores llevan a cabo un estudio multicéntrico y transnacional con un investigador en cada centro. Los pacientes fueron evaluados una vez con la Versión Española del Cuestionario de Dolor McGill, una escala visual analógica, y una escala de puntuación verbal. El estudio fue realiza-

do en clínicas de dolor y unidades de dolor agudo de 4 países latinoamericanos (Argentina, Costa Rica, México y Panamá), y en España. El estudio incluyó 205 pacientes (84 con dolor agudo, 121 con dolor crónico) de América Latina. Los resultados se compararon con 282 pacientes españoles. El Cuestionario de Dolor McGill, la escala visual analógica y la escala de puntuación verbal se administraron una vez a todos los pacientes. El cuestionario de Dolor McGill se utilizó de nuevo en pacientes de los países de América Latina para averiguar la comprensión de los descriptores. De los pacientes con dolor agudo y crónico se obtuvieron datos demográficos, parámetros del Cuestionario de Dolor McGill, y valores de la escala visual analógica, y de la escala de puntuación verbal. Se establecieron las propiedades psicométricas de la Versión Española del Cuestionario de Dolor McGill para cada país calculando la consistencia ordinal por medio de escalas de correlación (test de Spearman), correlación entre categorías, y correlación entre parámetros (test de Pearson). La validez concurrente se calculó también comparando valores de la escala visual analógica (test de Pearson) y de la escala de puntuación verbal (test de Spearman) con parámetros del cuestionario (comparaciones cualitativas-cuantitativas). Los resultados indican que la Versión Española del Cuestionario de Dolor McGill mantiene una validez interna elevada cuando se prueba en diferentes países. La consistencia ordinal, entre categorías, entre parámetros, y correlaciones cualitativas-cuantitativas fueron similares en todos los países. Pocos descriptores se consideraron inapropiados o difíciles de entender. Los autores concluyen que las propiedades psicométricas de la Versión Española del Cuestionario de Dolor McGill, valoradas en diferentes países latinoamericanos, sugieren que el cuestionario puede ser utilizado para evaluar los pacientes de habla hispana.