

En la figura se puede apreciar con total claridad que existen 6 revisiones sistemáticas de estudios clínicos aleatorizados (eje y); y 25 estudios clínicos aleatorizados que responden de forma específica a mi incertidumbre clínica (eje x). También puedo ver el año de publicación de cada uno de los diseños e ingresar a cada estudio, haciendo click sobre cada autor.

¿Cuándo buscar información científica había sido tan fácil? ¡Y todo en español!

Para llegar a esto, es necesario conocer cómo se distribuye la información científica en los recursos electrónicos, tópicos que se desarrollarán más adelante.

R. Aguilera-Eguía, R. R. Acevedo Fernández y
P. Arroyo Jofré
*Facultad de Ciencias de la Actividad Física.
Universidad San Sebastián. Santiago. Chile.*

Bibliografía

1. Curley AE, Halliday HL. Pediatría basada en la evidencia. *An Esp Pediatr* 2000;52:497-500.
2. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic Review: The relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005;142:260-73.
3. Emparanza Knorr J. Medicina basada en evidencia: un aprendizaje imprescindible. *An Esp Pediatr* 2001;55:397-9.
4. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Edinburg: Churchill Livingstone; 2000.
5. Hayne RB. Using informatics principles and tools to harness research evidence for patient care: Evidence-based informatics. *Stud Health Technol Inform* 1998;52 Pt 1:suppl. 33-6.
6. Letelier LM, Zamarin N, Andrade M, Gabrielli L, Caiozzi G, Viviani P, et al. Exploring language barriers to Evidence-based Health Care (EBHC) in post-graduate medical students: A randomized trial. *Educ Health (Abingdon)* 2007;20:82-7.
7. Guyatt G, Drummond R, et al. User's guides to the Medical Literature. *JAMA and Archives Journals*; 2002.

¿Hay sexo después del dolor lumbar crónico?

Sr. Director:

Aunque la calidad de vida en pacientes con dolor lumbar es un tema de investigación clínica cada vez más frecuente, pocos estudios han investigado los efectos del dolor lumbar en la función sexual.

Sabemos que la sexualidad es un aspecto importante de la calidad de vida. Investigaciones recientes han demostrado

efectos negativos significativos en la actividad sexual en el 46 % de los pacientes con dolor lumbar crónico (1).

Varios estudios han demostrado que el dolor lumbar lleva a hombres y mujeres a reducir la frecuencia de las relaciones sexuales. En 2001, por ejemplo, Maigne y Chatterlier reclutaron pacientes de una unidad de dolor vertebral, incluyéndolos en un estudio prospectivo después de los exámenes clínicos y radiológicos. Todos los pacientes eran ambulatorios y los criterios de inclusión en el estudio eran los siguientes: dolor de intensidad moderada, de 25-60 años de edad, y tenían que haber estado experimentando dolor crónico de espalda o cuello durante más de 2 meses.

Los investigadores encontraron que, aproximadamente, el 34 % de los hombres y el 55, % de las mujeres reportadas disminuyeron la frecuencia del coito debido al dolor lumbar (1). La edad media de los participantes del estudio era de 43,6 años para las mujeres y de 42,9 años para los hombres.

Un estudio similar en 2010 evaluó los problemas y comportamientos sexuales de 43 hombres y mujeres con hernia discal (edad media, 41,4 años). Una escala visual analógica (EVA), el Cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) y un cuestionario de evaluación de la sexualidad se administraron a los pacientes para evaluar el dolor y la disfunción sexual. El 84 % de las mujeres y el 55 % de los hombres informaron de problemas sexuales relacionados con el dolor lumbar (2).

Dos publicaciones más recientes han investigado qué posiciones coitales pueden causar el menor dolor en pacientes con dolor lumbar sobre la base de pruebas biomecánicas (3,4).

Sidorkewicz y McGill realizaron análisis biomecánicos en 10 parejas sanas durante el coito (3,4). Para analizar los movimientos de la pareja utilizaron un sistema que es común en el desarrollo de la infografía y animación de personajes de videojuegos. Con la ayuda de cámaras de infrarrojos rastrearon movimientos en el espacio tridimensional (3D) a través de los marcadores reflectantes colocados en los cuerpos de los participantes. Las posiciones en 3D fueron traducidas a los ángulos de la columna vertebral. Los investigadores también midieron la actividad de los músculos de la cadera colocando electrodos en la piel sobre estos músculos.

Así, analizaron biomecánicamente 5 posiciones coitales:

- Una era en decúbito lateral (conocida popularmente como “la cuchara”).
- Dos posturas con la mujer en la posición cuadrúpeda (“estilo perrito”). En una de estas posiciones la mujer apoya la parte superior del cuerpo con los codos, y en la otra utiliza sus manos.
- Las 2 últimas posiciones evaluadas fueron dos versiones de la “posición del misionero”. En una de ellas, el hombre mantenía la parte superior del cuerpo sobre sus

manos, mientras que la mujer flexionaba mínimamente las rodillas y las caderas; en la otra, el hombre se apoyaba en los codos mientras que la mujer flexionaba más las caderas y las rodillas. En ambas posiciones misioneras, la mujer mantenía sus pies en el colchón.

La posición que se tolera más fácilmente durante el acto sexual va a depender de si un paciente tiene dolor con la flexión (flexión hacia adelante o sentado) o dolor con extensión (inclinarse hacia atrás) (3,4).

Para los hombres con dolor de espalda y flexión intolerante, los estudios de Sidorkewicz y McGill reportaron que la posición cuadrúpeda en la que la mujer apoya la parte superior del cuerpo con los codos era la menos probable que produjera dolor (3). La posición del misionero, en la que el hombre soporta el peso en sus manos fue la siguiente con menos probabilidades de ser dolorosa que encontraron, seguida por la posición cuadrúpeda en que la mujer soporta la parte superior de su cuerpo utilizando sus manos; y luego la posición del misionero en el que el hombre se apoya sobre los codos. La posición de decúbito lateral era más probable que produjera dolor para los hombres con dolor lumbar crónico y flexión intolerante.

La posición mejor tolerada para las mujeres con dolor lumbar-flexión intolerante fue la posición cuadrúpeda en la que la mujer soporta su cuerpo sobre sus manos, seguida, en orden descendente, por la posición de decúbito lateral, la posición cuadrúpeda en la que la mujer soporta su cuerpo sobre los codos, y la posición de misionero en el que el hombre mantiene la parte superior del cuerpo con las manos estando las caderas y las rodillas de la mujer mínimamente flexionadas (4).

Para las mujeres con dolor de espalda y extensión intolerante, las posturas mejor toleradas eran las inversas al caso anterior: la "posición misionera" en la que el hombre está apoyando la parte superior de su cuerpo con los codos y la mujer flexiona la cadera y las rodillas era la que menos probabilidades tenía de provocar dolor; mientras que la posición cuadrúpeda en la que la mujer apoyaba su parte superior del cuerpo con las manos y el hombre de rodillas detrás de ella era la más probable para causar dolor (4).

Pero, ¿qué pasa si el dolor de espalda se agrava por el movimiento? El estudio en las mujeres también investigó posiciones coitales para evitar si el dolor lumbar se veía agravado por el movimiento (4). En ese caso, la posición más tolerada era la posición del misionero con el hombre sosteniendo su parte superior del cuerpo con los codos y la mujer flexionando las caderas y rodillas, seguido, en orden descendente, por la posición del misionero en la que el hombre está apoyando su parte superior del cuerpo con las manos y la mujer flexiona mínimamente las caderas y las rodillas, la posición de decúbito lateral y, por último, la posición cuadrúpeda en que la mujer apoya la parte superior del cuerpo con las manos, con el hombre de rodillas detrás de ella.

Por tanto, según estos datos, los médicos no debemos recomendar una posición igual para todos los pacientes con dolor lumbar a la hora de mantener relaciones sexuales. Por ello, debemos fomentar el diálogo con los pacientes con dolor lumbar crónico para intentar mejorar su vida sexual.

A. Alcántara Montero y A. González Curado
Unidad del Dolor. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena. Don Benito. Badajoz.

Bibliografía

1. Maigne JY, Chatellier G. Assessment of sexual activity in patients with back pain compared with patients with neck pain. *Clin Orthop Relat Res* 2001;385:82-7.
2. Akbaş NB, Dalbayrak S, Külcü DG, Yılmaz M, Yılmaz T, Naderi S. Assessment of sexual dysfunction before and after surgery for lumbar disc herniation. *J Neurosurg Spine* 2010;13:581-6.
3. Sidorkewicz N, McGill SM. Male spine motion during coitus. *Spine (Phila Pa 1976)* 2014;39:1633-9.
4. Sidorkewicz N, McGill SM. Documenting female spine motion during coitus with a commentary on the implications for the low back pain patient. *Eur Spine J* 2015;24:513-20.

Absceso epidural en el parto

Sr. Director:

Describimos el caso de una paciente de 35 años de edad, carente de antecedentes médicos, que acude al servicio de urgencias de Maternidad el 21 de julio por un parto a término. La paciente es admitida en el área, solicitando epidural para control del dolor.

Se coloca catéter epidural a nivel L2-L3, siguiendo una rutina de asepsia habitual: lavado de manos con cepillo de clorhexidina (Dispomedic Scrub C), equipo de protección descartable (máscara, bata y gorro) y guantes estériles. La preparación del sitio de punción se realiza con clorhexidina 0,5 % alcohólica (cristal-mina hospital 0,5 %) y paños estériles descartables. Se utiliza catéter epidural con filtro bacteriano, se administra dosis test con bupivacaína 0,25 % con adrenalina (3 cc), seguido de un bolo de ropivacaína 0,1 % (6 cc). Todo el procedimiento del parto y control del dolor transcurren sin incidencias. La paciente es trasladada a la planta y se retira el catéter 6 horas después de su admisión en planta.

El 25 de julio la paciente refiere dolor en la zona de punción de la anestesia epidural, el mismo que es atribuido como dolor post parto, sin embargo el dolor no remite y empeora. Tras 5 horas de dolor, refiere parestesias en miembros infe-