

Dirección, Fuentes científicas3

Informes destacados

Reseñas

- 1 - **La Inyección Intraarticular de Solución Salina es Igual de Eficaz que los Corticoides, el Plasma Rico en Plaquetas y el Ácido Hialurónico para el Dolor de la Artrosis de Cadera: Revisión Sistemática y Metanálisis en Red de Estudios Aleatorizados y Controlados**
Gazendam A, Ekhtiari S, Bhandari M y colaboradores
British Journal of Sports Medicine. 2021 Mar;55(5):256-2614
- 2 - **Tratamiento Multimodal para el Dolor en el Ámbito Perioperatorio**
Sherman M, Sethi S, Hindle A, Chanza T
Open Journal of Anesthesiology. 2020;10(02):47-715
- 3 - **Intervenciones del Departamento de Emergencias para Pacientes Adultos con Dolor Lumbar: Una Revisión Sistemática de Ensayos Controlados Aleatorizados**
Oliveira C, Amorim H, Machado G y colaboradores
Emergency Medicine Journal. 2021 Ene; 38(1):59-687

Originales

- 4 - **Tratamiento de la Lumbalgia con Combinaciones de Analgésicos**
Meloncelli S, Divizia M, Germani G
Current Medical Research and Opinion. 2020 Oct;36(10):1687-16939
- 5 - **Los Cuidados Paliativos en Pacientes con Enfermedades Terminales no Cancerosas**
Quinn K, Stukel T, Bell C y colaboradores
BMJ. 2020 Jul;370(2257):1-1110
- Contacto directo13
- Autoevaluaciones de la lectura, Respuestas correctas14





Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC)

Rafael Bernal Castro
Presidente

Programa SIIC de Educación
Médica Continuada (PEMC-SIIC)
Rosa María Hermitte
Directora

Consejo Superior (PEMC-SIIC)

Elías N. Abdala, Miguel Allevato,
Sebastián A. Alvano, Pablo
Bazerque, Daniela Bordalejo,
Oscar Bruno, Carlos Camilo
Castrillón, Juan C. Chachques,
Luis A. Colombato (h), Sixto R.
Costamagna, Carlos Crespo, Carlos
Damin, Jorge Daruich, Eduardo
de la Puente, Raúl A. De Los
Santos, Blanca Diez, Ricardo Drut,
Roberto Elizalde, Miguel Falasco
(h), Germán Falke, Fernando R.
Filippini Prieto, Pedro Forcada, Juan
Gagliardi, María E. Gómez del Río,
Alicides Greca, Vicente Gutiérrez
Maxwell, Alfredo Hirschon Prado,
Roberto Iérmoli, Miguel A. Largaía,
Oscar Levalle, Daniel Lewi, Antonio
Lorusso, Javier Lottersberger,
Olindo Martino†, Jorge Máspero,
Marcelo Melero, José M. Méndez
Ribas, José Milei, Oscar Morelli,
Amelia Musacchio de Zan, Angel
Nadales, Carlos Nery Costa, Beatriz
Oliveri, Tomás Orduna, Domingo
Palmero, Rodolfo S. Pasqualini,
Ricardo Alfredo Pérez de la Hoz,
Daniel L. Piskorz, Eduardo Pro,
Guillermo Roccatagliata, Gonzalo
Rubio, Graciela B. Salis, Oscar D.
Salomón, Ariel Sánchez, Graciela
Scagliotti, Elsa Segura, Norberto A.
Terragno, Roberto Tozzini,
Marcelo Trivi, José Vázquez,
Juan C. Vergottini, Eduardo Vega,
Alberto M. Woscoff, Roberto Yunes,
Ezio Zuffardi.

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

Representante comercial,
Investigación+Documentación S.A.:
Arias 2624 (C1429DXT)
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Tel.: +54 11 4702 1011
www.siic.salud.com

México, representante comercial:

**Grupo Percano de Editoras
Asociadas**

S.A de CV, Ciudad de México
grupo@percano.mx

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual
en trámite. Hecho el depósito que establece
la ley N° 11723. Los textos que en esta
publicación se editan expresan la opinión
de sus firmantes o de los autores que
redactaron los artículos originales. El editor
y el patrocinador no son responsables por
la exactitud, precisión y vigencia científica
de la información, opiniones y conclusiones
expresadas en su contenido. Trabajos
Distinguidos/Trabalhos Destacados y Temas
Maestros son marcas y procedimientos
internacionalmente registrados por la
Sociedad Iberoamericana de Información
Científica. Prohibida la reproducción total
o parcial por cualquier medio sin previa
autorización por escrito de la Sociedad
Iberoamericana de Información Científica (SIIC).



Información adicional en
www.siic.salud.com

Colección

Temas Maestros

Serie

Algología

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Volumen 1, Número 1,
Abril 2021

Programa SIIC de Educación Médica Continuada (PEMC-SIIC)

Comité de Redacción Científica

Ignacio Agudelo	Diego Costa	Néstor López	Gabriela Rocas
Ana Clara Bernal	Carina Elizalde	Daniel Martínez Rubio	Daniela Roisman
Agustín Álvarez Dengra	Iván Fernández Bessone	Marcela Moris	María del Pilar Villa Clavijo
Ricardo Cárdenas	Julieta Finkelstein	Alejo Pérez de la Hoz	Ezequiel Zaidel
Ignacio Ciccarelli	Matías Kunst Michemberg	Graciela Rey	César Zoni

Selección y Supervisión Científica

Daniela Bordalejo	Oscar Levalle	Domingo Palmero	Graciela Scagliotti
Raúl Costamagna	Néstor López	Daniel L. Piskorz	Edgardo Schapachnik
Roberto Elizalde	José Luis Mansur	Graciela Rey	Marcelo Trivi
Pedro Forcada	Nicolás Masquelet	Guillermo Roccatagliata	José Vázquez
Nery Fures	Amelia Musacchio de Zan	Graciela B. Salis	María del Pilar Villa Clavijo
Juan Gagliardi	Tomás Orduna	Ariel Sánchez	Andrés Zubrzycki

Colección Temas Maestros, serie Algología

Fuentes científicas consultadas

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina	Journal of Nervous and Mental Disease
Acta Psiquiátrica Scandinavica Actas Españolas de Psiquiatría	Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry
Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines	Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences
Agencia Sistema de Noticias Científicas (aSNC-SIIC)	Journal of Pediatric Psychology
Alcmeon	Journal of Psychiatry and Neuroscience
American Journal of Medicine	Journal of Psychopharmacology
American Journal of Psychiatry	Journal of Sex Research
American Journal on Mental Retardation (AJMR)	Journal of Studies in Alcohol
Annals of Internal Medicine	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
Archives of General Psychiatry	Journal of the American Medical Association (JAMA)
Archives of Internal Medicine	Journal of the European College of Neuropsychopharmacology
Archives of Neurology	Journal of the Formosan Medical Association
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	Journal of the Royal Society of Medicine (JRSM)
British Journal of Psychiatry	Kaohsiung Journal of Medical Sciences Lancet
British Medical Journal (BMJ)	Medical Journal of Australia Neurology
Canadian Journal of Psychiatry	New England Journal of Medicine (NEJM)
Canadian Medical Association Journal (CMAJ)	Postgraduate Medical Journal Postgraduate Medicine
Chinese Medical Journal (CMJ)	Psychiatric Annals
Clinical Neuropharmacology Clinical Psychology	Psychiatric Bulletin
Clinical Psychology: Science and Practice	Psychiatric Rehabilitation Journal Psychiatry
Current Opinion in Neurobiology	Psychiatry Research-Neuroimaging
Current Opinion in Psychiatry Depression and Anxiety Drugs	Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes
European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience	Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice Psychosomatics
European Neuropsychopharmacology General Hospital Psychiatry	QJM: An International Journal of Medicine
German Journal of Psychiatry	Revista Argentina de Clínica Psicológica
International Clinical Psychopharmacology	Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
International Journal of Psychoanalysis	Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana
International Psychogeriatrics	Salud(i)Ciencia – SIIC
Jornal Brasileiro de Psiquiatría	Schizophrenia Bulletin Science & Medicine
Journal of Anxiety Disorders	Scientific American Southern Medical Journal
Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology	São Paulo Medical Journal
Journal of Clinical Investigation	Tohoku Journal of Experimental Medicine
Journal of Clinical Psychiatry	Trabalhos Distinguidos de Clínica Médica
Journal of Clinical Psychopharmacology	Trabalhos Distinguidos de Factores de Riesgo
Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology	Trabalhos Distinguidos de Salud Mental
Journal of Internal Medicine	Trends in Neurosciences (TINS)

Reseñas y originales de extensión convencional seleccionados de la literatura médica universal, resumidos de forma amplia en aproximadamente dos páginas de extensión.

Los textos se redactan en español sobre la base de las pautas de estilo editorial de los resúmenes SIIC que sintetizamos en los siguientes principios: calidad literaria, brevedad, objetividad y fidelidad a las opiniones de los autores.

Reseñas

1 - La Inyección Intraarticular de Solución Salina es Igual de Eficaz que los Corticoides, el Plasma Rico en Plaquetas y el Ácido Hialurónico para el Dolor de la Artrosis de Cadera: Revisión Sistemática y Metanálisis en Red de Estudios Aleatorizados y Controlados

Gazendam A, Ekhtiari S, Bhandari M y colaboradores

McMaster University, Hamilton, Canadá

[Intra-articular Saline Injection as Effective as Corticosteroids, Platelet-rich Plasma and Hyaluronic Acid for Hip Osteoarthritis Pain: a Systematic Review and Network Meta-analysis of Randomised Controlled Trials]

British Journal of Sports Medicine. 2021 Mar;55(5):256-261

Los resultados de la presente revisión sistemática con metanálisis en red indican que la inyección intraarticular de solución salina es igual de eficaz que otras opciones inyectables para el alivio del dolor y la mejora funcional, en pacientes con artrosis de cadera.

La artrosis es la principal causa de discapacidad en todo el mundo y su prevalencia está en aumento, como consecuencia del crecimiento de la población de edad avanzada. La artroplastia total es el tratamiento definitivo para la artrosis en diversas localizaciones anatómicas y es particularmente eficaz en pacientes con artrosis de cadera o rodilla. Sin embargo, la artroplastia representa una cirugía mayor y se asocia con riesgo bajo, pero importante, de complicaciones y de resultados insatisfactorios. Por lo tanto, antes de decidir realizar artroplastia se deben intentar todas las opciones terapéuticas posibles; este concepto es aplicable sobre todo a los enfermos más jóvenes en quienes la vida útil del implante es un aspecto de especial preocupación.

Los pacientes con artrosis suelen ser abordados de manera integral, con medidas destinadas a reducir el peso corporal, modificación de la actividad física, fisioterapia y analgésicos por vía oral o tópica, incluido el uso de antiinflamatorios no esteroides y las inyecciones intraarticulares de diversos productos.

Las inyecciones intraarticulares representan la alternativa más invasiva de las opciones no quirúrgicas; a menudo se indican en los pacientes con artrosis leve a moderada, en quienes fracasan las medidas indicadas previamente. Las inyecciones intraarticulares pueden realizarse con anestésicos locales, corticoides, ácido hialurónico, plasma rico en plaquetas y células

precursoras mesenquimáticas; aunque algunas de estas opciones serían más útiles que las otras, todas se consideran sintomáticas, ya que ninguna es eficaz para revertir la enfermedad.

En un metanálisis en red realizado previamente se evaluó la eficacia de distintos tratamientos intraarticulares en la artrosis de rodilla. Todos los tratamientos fueron superiores en eficacia al placebo, y la inyección de ácido hialurónico fue especialmente útil para el alivio del dolor y la mejoría funcional. La aplicabilidad de los hallazgos a pacientes con artrosis de cadera no se conoce. Diversos estudios clínicos controlados y aleatorizados compararon distintos tratamientos intraarticulares en pacientes con artrosis de cadera; el objetivo de la presente revisión sistemática con metanálisis en red fue determinar la eficacia de diferentes tratamientos intraarticulares, en pacientes con artrosis de cadera, seguidos hasta por seis meses. El principal objetivo fue establecer la opción más eficaz para el alivio del dolor y la mejora funcional, y determinar cuáles son las alternativas terapéuticas asociadas con mejoras mínimas, clínicamente relevantes (MCMR), en el dolor y la función.

Métodos

Para el estudio se siguieron las pautas *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) y las guías *Cochrane Collaboration*. Se incluyeron estudios aleatorizados o cuasi aleatorizados en los cuales se evaluaron pacientes con diagnóstico de artrosis primaria de cadera, en los que se compararon los efectos de por lo menos dos intervenciones locales diferentes y en los cuales las valoraciones del dolor y la función se realizaron hasta seis meses después del tratamiento, como mínimo. El diagnóstico de artrosis de cadera se estableció con una escala radiográfica validada. Los artículos publicados hasta el 25 de octubre de 2019 en cualquier idioma se identificaron mediante búsquedas en PubMed, Embase, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, Scopus y la *Web of Science*.

Se tuvieron en cuenta las características del estudio, las fuentes de financiación, el sitio del reclutamiento, las características del tratamiento y los resultados asociados con la intervención. Se realizó un metanálisis en red para comparar la evolución de todos los tratamientos, en términos del alivio del dolor y las mejoras funcionales, entre los 2 y los 4 meses y a los 6 meses. Para el tratamiento con ácido hialurónico se consideraron conjuntamente los preparados de peso molecular alto y bajo. Se generaron diagramas de



Información adicional en www.siic.salud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

bosque y se calcularon los valores del área bajo la curva del ranking acumulado (SUCRA); el puntaje SUCRA representa la probabilidad de que una determinada opción de tratamiento sea la mejor. Se aplicaron modelos de efectos aleatorios; la heterogeneidad entre los estudios se determinó con el estadístico I^2 .

Resultados

En total, 11 estudios con 1353 pacientes fueron aptos para la revisión sistemática y metanálisis en red. Para las valoraciones del dolor entre los 2 y 4 meses y a los 6 meses, ninguna intervención fue superior en eficacia a la inyección intraarticular de placebo. Para las valoraciones de la evolución funcional en los mismos momentos de valoración, ninguna de las intervenciones analizadas superó en eficacia al placebo. Para los cambios entre los 2 y 4 meses y a los 6 meses, respecto de los valores basales, los datos globales sugirieron que todas las intervenciones, incluida la inyección intraarticular de placebo, pero con excepción de la inyección intraarticular de ácido hialurónico más plasma rico en plaquetas, se asoció con mejoras clínicamente relevantes del dolor.

Conclusión

Los resultados del presente trabajo muestran que ninguno de los tratamientos intraarticulares individuales actualmente disponibles para el alivio del dolor y la mejoría de la función, en pacientes con artrosis de cadera, es superior en eficacia al placebo en el corto plazo.



+ Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/164684

2 - Tratamiento Multimodal para el Dolor en el Ámbito Perioperatorio

Sherman M, Sethi S, Hindle A, Chanza T

George Washington University Medical Center, Washington; New York Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical Center, Nueva York; University of Maryland School of Medicine, Baltimore, EE.UU.

[Multimodal Pain Management in the Perioperative Setting]

Open Journal of Anesthesiology. 2020;10(02):47-71

El control inapropiado del dolor produce malestar en el paciente, con consecuencias fisiológicas y psicológicas. En esta reseña se presentó un enfoque de tratamiento del dolor agudo en el ámbito perioperatorio sobre la base de la analgesia multimodal. Se abordó el uso de los fármacos opioides y no opioides, las técnicas de analgesia regionales y las modalidades complementarias.

La *International Association for the Study of Pain* describió el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, con lo que incluyó el dolor nociceptivo así como el de origen neuropático. Se demostró que el control inadecuado del dolor provoca efectos perjudiciales. Aproximadamente del 50% al 80% de

los pacientes informan un control inadecuado del dolor posoperatorio y, entre ellos, el 75% experimenta dolor moderado o grave en el posoperatorio inmediato. El control inapropiado del dolor produce malestar y sufrimiento en el paciente, con consecuencias fisiológicas y psicológicas. En el período agudo, el dolor y la ansiedad desencadenan la respuesta de estrés quirúrgico, con mayor actividad del sistema neuroendocrino que puede provocar desenlaces perioperatorios adversos. Si no se trata, el dolor agudo puede producir angustia emocional y psicológica a largo plazo, con el potencial de convertirse en un dolor crónico que es mucho más difícil de tratar.

El concepto de analgesia multimodal se introdujo por primera vez hace décadas y comprende el uso de diversos fármacos analgésicos, cada uno de los cuales apunta a un receptor diferente relacionado con el dolor y, por lo tanto, muestra su efecto analgésico mediante un mecanismo de acción diferente. Cuando dos o más analgésicos se combinan para aliviar el dolor, es posible utilizar dosis más bajas de cada uno para minimizar el riesgo de efectos adversos farmacológicos. El objetivo de esta reseña fue presentar un enfoque de tratamiento del dolor agudo en el ámbito perioperatorio sobre la base de la analgesia multimodal. Se abordó el uso de los fármacos opioides y no opioides, las técnicas de analgesia regionales y las modalidades complementarias.

Opioides

En el período posoperatorio inmediato, se prefieren los opioides parenterales a los orales porque la vía intravenosa ofrece mayor biodisponibilidad y un inicio más inmediato de la analgesia. Además, es frecuente la intolerancia oral en el posoperatorio o debido a la presencia de náuseas y vómitos. La analgesia controlada por el paciente (ACP) se utiliza en aquellos sometidos a cirugías asociadas con dolor posoperatorio significativo. La utilización de ACP intravenosa permite mejor analgesia, mayor satisfacción del paciente y disminución de las complicaciones pulmonares. Cuando es posible la tolerancia de una dieta con líquidos claros, debe pasarse a la analgesia por vía oral.

Los pacientes que reciben opioides de forma crónica pueden presentar aumento del dolor posoperatorio y requerir mayores dosis de opioides. La necesidad de aumentar la dosis se atribuye a la aparición de tolerancia, pero pruebas más recientes indican un fenómeno neurofarmacológico alternativo que es la hiperalgesia inducida por los opioides. Este fenómeno se refiere a que la administración de opioides puede provocar, paradójicamente, un aumento de la sensibilidad al dolor, también conocido como hiperalgesia. Los fenómenos de tolerancia e hiperalgesia pueden coexistir.

Analgésicos adyuvantes multimodales

El paracetamol, disponible en formulaciones tanto orales como intravenosas, puede utilizarse de forma independiente para el alivio moderado del dolor

posoperatorio o en conjunto con los opioides para aliviar el dolor grave. El paracetamol oral en dosis de hasta 1 g preoperatorio demostró ser seguro y eficaz para reducir el dolor posoperatorio en una amplia variedad de cirugías, como las ginecológicas a cielo abierto o laparoscópicas, las cirugías generales breves y las intervenciones ambulatorias y oftalmológicas. La mayoría de los estudios demostraron los beneficios de la administración de la dosis de 1 g cada 6 a 8 horas de paracetamol, con un máximo total de 3 a 4 g por día. La mayoría de los hospitales no tienen acceso a la formulación intravenosa para su uso intraoperatorio debido a su mayor costo con respecto al paracetamol oral. Estas dosis deben reducirse en presencia de insuficiencia hepática leve a moderada, alcoholismo y en pacientes de bajo peso y adolescentes; asimismo, deben evitarse en los casos de insuficiencia hepática grave. En comparación con las formulaciones orales, la preparación intravenosa tiene mayor biodisponibilidad y alcanza niveles plasmáticos máximos más rápidamente, con producción de menos metabolitos tóxicos.

Los antiinflamatorios no esteroides constituyen una analgesia no opioide eficaz y pueden utilizarse antes, durante o después de la cirugía, para el control del dolor posoperatorio.

Se demostró que el gabapentín y la pregabalina ejercen efectos de ahorro de opioides, con disminución de sus dosis, y permitieron reducir los puntajes de dolor en diferentes poblaciones quirúrgicas. La administración de dosis preoperatorias de gabapentín o pregabalina puede ser particularmente beneficiosa para los pacientes que son tolerantes a los opioides y se someten a una cirugía mayor o a otras cirugías asociadas con dolor sustancial, con buena tolerabilidad.

Los agonistas alfa-2 (clonidina, dexmedetomidina, tizanidina) pueden potenciar la analgesia proporcionada por otros analgésicos, como los opioides, y permitir el efecto de ahorro de estos últimos, con utilización de dosis inferiores. La utilidad clínica de estos agentes está en aumento, con su uso en la analgesia neuroaxial.

Las infusiones de ketamina y los bolos de dosis bajas se utilizaron en diversos procedimientos, como las cirugías abdominales, rectales, laparoscópicas, ortopédicas y espinales, y la mayoría de los estudios demostraron el alivio analgésico posoperatorio con disminución del consumo de opioides en el posoperatorio. La ketamina también demostró ser un agente eficaz en el tratamiento del dolor posoperatorio en pacientes con tolerancia a los opioides.

Diversos ensayos y metanálisis indicaron que, en ciertos casos, la lidocaína intravenosa puede reducir el dolor posoperatorio y el consumo de opioides.

Se informó que el magnesio produce importantes efectos analgésicos. Sin embargo, hay controversias en

cuanto al uso del magnesio como agente adyuvante en la analgesia multimodal. Se recomienda continuar las investigaciones sobre su papel como agente adyuvante en la analgesia posoperatoria, ya que es bastante seguro, económico y la base biológica de su potencial efecto antinociceptivo es prometedora.

Procedimientos

Las técnicas neuroaxiales pueden ser un componente valioso del tratamiento multimodal del dolor. Las técnicas epidurales y espinales pueden utilizarse como anestesia intraoperatoria y también pueden ser un componente importante del tratamiento multimodal del dolor. Se pueden utilizar técnicas epidurales para mejorar el control del dolor con uso mínimo de opioides sistémicos. La infusión epidural puede realizarse con anestésicos locales solos o en combinación con otros fármacos para mejorar el control del dolor como los opioides, en dosis significativamente inferiores a las que se administran de forma sistémica.

Las técnicas de anestesia regional también son un componente valioso de la anestesia intraoperatoria para el control del dolor.

Los bloqueos del plano transversal del abdomen consisten en la inyección de anestesia local entre los músculos oblicuos internos y externos para proporcionar analgesia a la pared abdominal. Estos bloqueos permiten disminuir el consumo de opioides.

Los bloqueos paravertebrales pueden ser un componente útil para el control del dolor para cualquier procedimiento que involucre el área torácica o abdominal.

Los bloqueos regionales para la cirugía de las extremidades son útiles para los procedimientos ortopédicos e incluso para reducir la incidencia de dolor del miembro fantasma.

Modalidades complementarias

La realidad virtual se utiliza desde hace poco tiempo para controlar el dolor y la angustia asociados con una amplia variedad de procedimientos médicos dolorosos. La realidad virtual demostró que disminuye el dolor, la ansiedad, el malestar, el tiempo dedicado a pensar en el dolor y el tiempo percibido que se pasa en un procedimiento médico.

La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) es una terapia no farmacológica, no invasiva, en la que se aplica una corriente eléctrica de bajo voltaje a la piel para aliviar el dolor en el mismo sitio. La TENS se utilizó como adyuvante para el alivio del dolor en diversos escenarios clínicos, como la cirugía cardíaca, la colecistectomía, la cesárea y la cirugía torácica.

Hay numerosos ensayos clínicos acerca de la eficacia de la acupuntura y técnicas relacionadas como método adyuvante para la analgesia posoperatoria. En un metanálisis que incluyó a 15 ensayos controlados y aleatorizados, la acupuntura demostró ser eficaz como terapia adyuvante para el alivio del dolor posoperatorio, además de reducir de forma

significativa la incidencia de los efectos adversos relacionados con los opioides.

Los resultados de los metanálisis existentes indicaron que la musicoterapia produjo efectos beneficiosos sobre la intensidad del dolor; la angustia emocional debida al dolor; el uso de anestésicos, fármacos opioides y no opioides; el ritmo cardíaco; la presión arterial sistólica y diastólica, y la frecuencia respiratoria.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resic.php/164866

3 - Intervenciones del Departamento de Emergencias para Pacientes Adultos con Dolor Lumbar: Una Revisión Sistemática de Ensayos Controlados Aleatorizados

Oliveira C, Amorim H, Machado G y colaboradores

São Paulo State University, San Pablo, Brasil; The University of Sydney and Sydney Local Health District, Sídney, Australia

[Emergency Department Interventions for Adult Patients with Low Back Pain: a Systematic Review of Randomised Controlled Trials]

Emergency Medicine Journal. 2021 Ene; 38(1):59-68

La aplicación de gel de ketoprofeno sería una forma eficaz y segura de tratar la lumbalgia inespecífica en el departamento de emergencias.

El dolor lumbar es un trastorno que afecta la calidad de vida y la productividad de los pacientes. Además, representa una carga importante para los servicios de salud, particularmente para el departamento de emergencias (DE). El uso excesivo de medicamentos opioides también es frecuente en pacientes con dolor lumbar, a pesar de los efectos adversos y las complicaciones asociadas. El abordaje del dolor lumbar en el DE no está estandarizado y los resultados de los estudios suelen ser contradictorios. La mayoría de los ensayos de lumbalgia analizan el tratamiento y los resultados después del alta del DE. Las características clínicas de los pacientes que concurren al DE serían diferentes a las de aquellos que son atendidos en un entorno de atención primaria. La particularidad del entorno del DE puede limitar el tratamiento y el seguimiento del paciente con dolor lumbar.

El objetivo de la presente revisión fue analizar la eficacia y seguridad de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas administradas en el DE a pacientes con dolor lumbar inespecífico, ciática o ambos, en resultados relevantes para el paciente medidos durante la visita al DE.

Métodos

La búsqueda bibliográfica fue realizada en las bases de datos Medline, Embase y Cinahl desde el inicio hasta la primera semana de febrero de 2020. Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados que investigaron cualquier tipo de intervención farmacológica o no farmacológica administrada a pacientes adultos con dolor lumbar inespecífico,

ciática o ambos en el DE, y que informaron al menos 2 medidas de resultado desde el momento de la llegada hasta el momento del alta del DE. Se excluyeron los ensayos que reclutaron pacientes con estenosis espinal o enfermedades graves. El criterio principal de valoración fue la intensidad del dolor. Además, se analizó el tiempo hasta el alta, las medidas funcionales, los eventos adversos y la presentación de nuevo en el DE. Dos revisores analizaron los textos y extrajeron de forma independiente los datos. El riesgo de sesgo de cada ensayo se valoró mediante la escala *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro). La calidad general de las pruebas fue analizada mediante el enfoque *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). Se utilizaron estadísticas descriptivas para resumir los datos demográficos y las características del estudio. Las diferencias de medias (DM) fueron calculadas con intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Los resultados se describieron de manera narrativa.

Resultados

Se incluyeron 15 ensayos con 1802 participantes. Doce estudios consideraron pacientes con dolor lumbar inespecífico y 3 incluyeron pacientes con ciática. El tamaño de la muestra osciló entre 30 y 518 participantes, y la media de edad varió entre 31.5 y 45.1 años. Dos ensayos probaron el paracetamol, 7 estudios investigaron los antiinflamatorios no esteroides (AINE), 2 trabajos evaluaron los corticoides, un ensayo investigó dos formulaciones de un relajante muscular, 5 estudios utilizaron opiáceos, un trabajo empleó un protocolo de farmacoterapia, y una investigación analizó una combinación de tiocolchicosido, lidocaína y tenoxicam. Cuatro estudios investigaron intervenciones no farmacológicas. Las intervenciones de comparación fueron un abordaje con placebo, AINE, atención habitual en el servicio de urgencias o entrenamiento o ayudas para caminar. La mayoría de los estudios incluidos tuvieron bajo riesgo de sesgo. La calidad de las pruebas de las intervenciones incluidas sobre la intensidad del dolor varió de baja a moderada.

Para la ciática, 1 g de paracetamol intravenoso (i.v.) fue más eficaz que el placebo a los 15 y 30 min (DM: -15.7; IC 95%: -19.8 a -11.6). Para el dolor lumbar inespecífico, el uso de 2 g de gel de ketoprofeno al 2.5% fue más eficaz que el placebo a los 30 min (DM: -15.0; IC 95%: -21.0 a -9.0). El ketorolac intramuscular (i.m.) y la meperidina i.m. tenían efectos similares a los 60 min. No hubo diferencias entre el dexketoprofeno i.v. y el paracetamol i.v. a los 15 y 30 min. La combinación de tiocolchicosido, lidocaína y tenoxicam fue más eficaz que el dexketoprofeno i.v. a los 15, 30 y 60 min. Para la ciática, el ketorolac i.v. no demostró ventajas sobre la lidocaína i.v. a los 60 min. Para el dolor lumbar inespecífico, el feniramidol i.m. no fue más eficaz que el feniramidol oral a los 30, 60, 90 y 120 min. Para el dolor lumbar inespecífico, la prednisona oral no fue superior al placebo al alta del

DE. Para la ciática, la dexametasona i.v. no fue superior al placebo en el alta del DE. Para el dolor lumbar inespecífico, la morfina i.v. fue más eficaz que el paracetamol i.v. a los 15 min (DM: -11.4; IC 95%: -21.6 a -1.2), pero no a los 30 min. Además, la morfina i.v. fue superior al dexketoprofeno i.v. a los 15 y 30 min. Para la ciática, la morfina i.v. fue más eficaz que el placebo a los 15 y 30 min (DM: -39.3; IC 95%: -43.5 a -35.1). Para el dolor lumbar inespecífico, la acupuntura auricular más la atención habitual en el DE fue más eficaz que la atención habitual en el DE por sí sola. Sin embargo, la acupuntura no fue más eficaz que la farmacoterapia. Las inyecciones en los puntos desencadenantes fueron superiores al dexketoprofeno i.v. a los 5, 10, 15, 30 y 60 min. La fisioterapia no fue más eficaz que el entrenamiento o las ayudas para caminar al alta del DE.

En lo referido a los resultados funcionales del paciente, no hubo diferencias entre la administración de morfina sola y morfina más prometazina. Además, la fisioterapia no demostró ser superior al entrenamiento o las ayudas para caminar.

En la ciática, la administración de dexametasona parece acortar la estadía en el DE, en comparación con placebo (DM: -15.3 min, IC 95%: -18.4 a -12.2). La morfina i.v. acortó la permanencia en el DE, en comparación con la administración i.v. de morfina más prometazina, en sujetos con dolor lumbar inespecífico (DM: -78.0 min; IC 95%: -140.0 a -16.0). Las intervenciones no farmacológicas no parecen acortar el tiempo de permanencia en el DE entre paciente con dolor lumbar inespecífico.

Un paciente que recibió gel de ketoprofeno al 2.5% informó vértigo. La administración de morfina sola sería más segura que la de morfina más prometazina. En general, los opioides estuvieron asociados con más efectos adversos y complicaciones que el paracetamol y el dexketoprofeno. La acupuntura estuvo relacionada con molestias locales.

Discusión

Los estudios incluidos en la presente revisión que analizaron diversas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del dolor lumbar inespecífico o la ciática en el DE demostraron resultados contradictorios. Además, la calidad general de las pruebas fue baja o moderada. El gel de ketoprofeno para el dolor lumbar inespecífico, y el paracetamol y la morfina i.v. para la ciática demostraron ser eficaces en el entorno de emergencias. Por otro lado, los corticoides no reducirían el dolor asociado con la lumbalgia inespecífica o la ciática. Sin embargo, se observó que la dexametasona se vinculó con una estadía significativamente más corta en los pacientes con ciática. Aunque el uso de opioides se asoció con mayor riesgo de eventos adversos, la mayoría de estos eventos se consideraron leves y transitorios. En general, los resultados de la presente revisión concuerdan con los informados por diversos estudios. Los desenlaces funcionales del paciente

con dolor lumbar inespecífico, ciática o ambos serían difíciles de evaluar en el DE. En estos entornos se suelen prescribir analgésicos potentes, como los opioides. Según una investigación reciente, más de la mitad de los pacientes con dolor lumbar reciben un medicamento opioide mientras están en el DE. Sin embargo, esta práctica no está respaldada por pruebas sólidas y concluyentes. Además, hay que tener en cuenta que numerosos pacientes que acuden al DE tienen contraindicaciones para los AINE. Esto en conjunto limita las opciones de abordaje del dolor lumbar. Se necesitan estudios adicionales que analicen intervenciones para el tratamiento del dolor lumbar en el DE. Esto permitiría establecer pautas orientativas para el abordaje de este trastorno tan frecuente en el entorno de emergencia.

Conclusiones

El gel de ketoprofeno sería superior al placebo para los pacientes con dolor lumbar inespecífico que acuden al DE. El paracetamol y la morfina i.v. serían superiores al placebo para reducir el dolor relacionado con la ciática en el entorno de emergencias. Por el contrario, los corticoides serían ineficaces para el dolor lumbar inespecífico o la ciática. Los opioides demostraron mayor riesgo de eventos adversos transitorios. Los autores concluyen que se necesitan más estudios de calidad para obtener conclusiones más sólidas.



+ Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/166501

Originales destacados

4 - Tratamiento de la Lumbalgia con Combinaciones de Analgésicos

Meloncelli S, Divizia M, Germani G

Current Medical Research and Opinion. 2020 Oct;36(10):1687-1693

La lumbalgia es un cuadro frecuente que genera incapacidad considerable. Cerca del 90% de los adultos lo han experimentado al menos una vez, y es una de las causas más importantes de visita a una sala de urgencias. Implica una carga sobre los sistemas de salud y sobre el trabajo debido a la pérdida de días laborables, años vividos con discapacidad y jubilación temprana, con un impacto económico comparable a afecciones como el cáncer, la enfermedad cardiovascular, la salud mental y las enfermedades autoinmunes.

La hernia de disco lumbar (HD) es una de los trastornos degenerativos más frecuentes y una de las causas principales de lumbalgia asociada con radiculopatía. La respuesta inflamatoria es un componente de la degeneración de los discos, con una función en la generación de dolor. Por este motivo, la inflamación se vincula con HD en la lumbalgia. Sin embargo, la radiculopatía es de origen neuropático y se ha estimado que el 80% de los pacientes con radiculopatía típica tienen dolor con un componente neuropático. Estos enfermos suelen responder al tratamiento conservador farmacológico con menos riesgos de complicación que una intervención quirúrgica. Es importante mencionar que la cirugía no produjo beneficios a mediano y largo plazo.

La dosis oral fija de tramadol/dexketoprofeno 72/25 mg (TRAM/DKP) puede ser eficaz en el control de las exacerbaciones agudas de la lumbalgia, incluidos aquellos con manifestaciones nociceptivas y neuropáticas mixtas. El diclofenac/tiocolchicosido (DIC/TIO) 75/4 mg es una combinación de un antiinflamatorio o esteroide (AINE) y un relajante muscular, que ha demostrado una eficacia sinérgica en el alivio de la lumbalgia moderada y grave. Este estudio se diseñó para comparar la eficacia analgésica y la tolerabilidad de la combinación TRAM/DKP frente a DIC/TIO en pacientes con lumbalgia moderada y grave, producto de una radiculopatía por HD, durante un período de tratamiento de 5 días.

Se llevó a cabo un estudio unicéntrico, retrospectivo y de carácter observacional, con dos ramas de tratamiento –TRAM/DKP por vía oral y DIC/TIO por vía i.m.– entre septiembre de 2017 y marzo de 2018. La duración del tratamiento fue de aproximadamente una semana, con una visita inicial y 3 visitas de seguimiento los días 1, 3 y 5. Los pacientes puntuaron la intensidad del dolor en una escala numérica de 11 puntos, que fue de 0 (sin dolor) a 10 (dolor extremo). Esta investigación fue un análisis retrospectivo de pacientes

con dolor moderado a grave (puntaje mayor de 4), que recibieron los tratamientos antes mencionados cada 12 horas.

Se evaluó la eficacia con la misma escala numérica y se registraron los eventos adversos asociados con el tratamiento. Además, se empleó la escala DN4 para evaluar el componente neuropático del dolor.

Se realizaron pruebas ANOVA para evaluar las diferencias en la percepción del dolor, y se estableció la significación estadística en un valor de $p < 0.05$.

Se incorporaron 82 pacientes, de los cuales 44 recibieron TRAM/DKP y 38 recibieron DIC/TIO. La edad promedio fue de 57.6 ± 9.7 años, con una distribución de sexos balanceada y características clínicas y demográficas comparables entre los grupos. La mayoría de los pacientes tratados tuvo HD entre la 4ª y 5ª vértebra lumbar, seguida por la HD entre la 5ª vértebra lumbar y la 1ª vértebra torácica (aproximadamente 50% y 25%, respectivamente). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a las tasas de tabaquismo, hipertensión arterial y diabetes, que rondaron el 20% en los primeros dos casos y el 8% en el tercero. La proporción de obesos fue baja, de aproximadamente 8 pacientes por grupo.

Los participantes informaron valores en la escala de dolor iniciales de 8.8 y 8.7 en los grupos TRAM/DKP y DIC/TIO, respectivamente, con una desviación estándar de 0.75 en ambos casos. El 70% de los pacientes tuvieron un puntaje superior a 8, que califica como dolor intenso, antes de la administración de los tratamientos (72.7% y 68.4% para los grupos TRAM/DKP y DIC/TIO, respectivamente). Tampoco hubo diferencias en el puntaje inicial DN4.

El criterio de valoración principal fue el curso de la gravedad del dolor durante el período de tratamiento. En este sentido, la intensidad promedio del dolor disminuyó progresivamente desde el momento inicial durante los 5 días de tratamiento, y en un seguimiento posterior hasta el día 7 en los pacientes que recibieron TRAM/DKP, con una analgesia significativamente superior en los días 3 y 7, en comparación con el grupo tratado con DIC/TIO ($p < 0.0001$). La eficacia analgésica del tratamiento con DIC/TIO se mantuvo durante el tiempo, sin mejoras importantes respecto del día 1 de tratamiento.

Durante el período de evaluación se encontraron mayores porcentajes de respuesta al tratamiento en los pacientes tratados con TRAM/DKP, en comparación con los que recibieron DIC/TIO. Aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa al día 1 (75% frente a 71.1%, $p = 0.687$), sí lo fue al día 3 (93.2%

frente a 73.7%, $p = 0.016$) y al día 7 (95.5% frente a 71.1%, $p = 0.003$). Al día 7, y entre los pacientes respondedores, se observó mayor proporción de individuos con una reducción del dolor superior al 50% en la rama de TRAM/DKP (63.6% frente a 5.3%, $p < 0.0001$). Los participantes de este grupo tuvieron también una reducción superior en el puntaje DN4 de dolor neuropático respecto del valor inicial (-62.7 ± 25.6 frente a -39.7 ± 31.2 , $p < 0.0001$).

Ambos tratamientos fueron bien tolerados y ninguno de los participantes los interrumpió por eventos adversos. No se registraron eventos adversos serios. Los eventos adversos fueron numéricamente más frecuentes con TRAM/DKP (18.2%) frente a DIC/TIO (7.9%). El tratamiento con DIC/TIO se relacionó con dolor en el sitio de aplicación (7.9%) y el tratamiento con TRAM/DKP, con somnolencia (9.1%) y constipación (9.1%).

El abordaje de la lumbalgia representa algunos desafíos para los médicos clínicos en cuanto a su aparición y al riesgo de recurrencia. Por este motivo, el control del dolor debe ser eficaz y adecuado para la fase aguda, aunque al momento no hay un consenso para la prevención de la cronicidad de la lumbalgia.

Si bien las guías clínicas internacionales recomiendan el empleo de AINE, opioides suaves y relajantes musculares, también hay un aumento en el uso de agentes anticonvulsivos como alternativa, a pesar de la escasa evidencia respecto de su eficacia. La combinación de dosis fijas de TRAM/DKP ha demostrado una eficacia terapéutica adecuada y superior a la eficacia de sus componentes por separado, en modelos de dolor visceral y somático agudo, y se ha comprobado que tiene un inicio de acción más rápido que el de la combinación tramadol/paracetamol en pacientes con dolor dental. Por otro lado, se ha demostrado la eficacia del DIC/TIO en comparación con sus componentes por separado, en la lumbalgia moderada y grave, y en pacientes de ortopedia.

El tratamiento de 5 días con TRAM/DKP fue eficaz al reducir el dolor a las 24 horas de la primera dosis, con una disminución aún mayor a los días 3 y 7, en comparación con DIC/TIO, con una analgesia sostenida, lo que hizo que la mayoría de los pacientes lograra al menos una reducción en el dolor del 30% al día 7. La gran cantidad de participantes que logró esta disminución llevó a evaluar la proporción de pacientes que tuvo una reducción de hasta el 50%, que resultó ser superior al 66%, en comparación con el 5% de aquellos tratados con DIC/TIO.

Estos hallazgos aportan evidencia a las diferencias sutiles del DKP y el DIC. Un estudio previo demostró que un tratamiento de 2 días con 50 mg de DKP i.m. fue igualmente eficaz que un tratamiento con DIC 75 mg orales dos veces por día, en pacientes con lumbalgia grave, aunque hubo más eventos adversos en los individuos tratados con DIC.

Un análisis retrospectivo más reciente ha demostrado que el tratamiento con DKP tuvo menores valores en el índice de discapacidad para pacientes con dolor crónico en la columna lumbosacra, con respecto al DIC.

Se ha demostrado que cerca del 20% de los pacientes con lumbalgia tienen un componente neuropático, el cual se asocia con dolor más grave y mayores costos en la atención médica. En este estudio se provee, además, información preliminar sobre el efecto beneficioso del tratamiento con TRAM/DKP en el puntaje DN4, en comparación con DIC/TIO. Este hallazgo sugiere que el tramadol tendría un efecto sobre este componente en función de su acción central y su eficacia previamente informada en modelos *in vivo* de dolor neuropático.

Entre las limitaciones de este trabajo se mencionan que el tamaño de muestra empleado y el hecho de provenir de un centro único hacen que estos resultados puedan no ser generalizables a otras poblaciones. Además, podría existir un sesgo al ser de carácter prospectivo.

En conclusión, esta investigación provee los primeros datos respecto de la eficacia del tratamiento oral con TRAM/DKP para pacientes con lumbalgia debido a HD. Estos hallazgos aportan evidencia para la realización de estudios aleatorizados y controlados de mayor tamaño muestral, con el fin de expandir el empleo clínico de esta formulación.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/fresic.php/166484

5 - Los Cuidados Paliativos en Pacientes con Enfermedades Terminales no Cancerosas

Quinn K, Stukel T, Bell C y colaboradores

BMJ. 2020 Jul;370(2257):1-11

Los pacientes con enfermedades terminales suelen ser sometidos a diversas intervenciones médicas potencialmente evitables, onerosas y asociadas con una mala calidad de vida. Los cuidados paliativos parecerían mejorar la calidad de vida y reducir los síntomas en pacientes con cánceres en etapas terminales. Además, podrían reducir el uso de la atención médica y sus costos asociados. Sin embargo, no está claro si los cuidados paliativos tendrían un impacto beneficioso en sujetos con enfermedades terminales no cancerosas. Estos pacientes tienen una trayectoria de muerte impredecible, lo que dificulta la decisión de cuándo modificar el enfoque del tratamiento hacia uno más orientado a la comodidad.

El objetivo del presente estudio fue analizar la asociación entre los cuidados paliativos brindados por médicos en los últimos 6 meses de vida y el uso de la atención médica en adultos que mueren por enfermedades no cancerosas, y comparar esta relación con la de los pacientes oncológicos.

Se realizó un estudio de cohorte basado en la población en Ontario, Canadá, utilizando bases de datos clínicas y administrativas de salud vinculadas. La cohorte de estudio incluyó a todos los adultos (≥ 18 años) que murieron de cáncer o causas seleccionadas no relacionadas con el cáncer entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2015. La muerte por enfermedad no cancerosa fue definida como aquella causada por insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal en etapa terminal, cirrosis, evento vascular cerebral o demencia. Las enfermedades no cancerosas se dividieron en insuficiencia orgánica crónica (insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal en etapa terminal, cirrosis y evento vascular cerebral) o fragilidad (demencia). La exposición primaria fue el primer encuentro del paciente con los cuidados paliativos en todos los entornos de atención dentro de los últimos 6 meses de vida, que sirvió como fecha índice del presente estudio.

Se recopilaron las características demográficas y clínicas, así como el año de muerte y el uso de servicios de atención médica aguda. En los pacientes que murieron por demencia, se determinó si vivían en un hogar de ancianos. Los enfermos que recibieron cuidados paliativos fueron emparejados con aquellos que no recibieron cuidados paliativos (controles), en una relación 1:2, mediante el uso de características basales medidas 6 meses antes del fallecimiento.

Se comparó la causa de muerte, la categoría de puntaje de fragilidad, la presencia de cáncer metastásico, la región residencial y la probabilidad de recibir cuidados paliativos mediante el uso del puntaje de propensión derivado de la edad y el sexo. Los criterios de valoración primarios fueron las tasas de visitas no planificadas al departamento de emergencias, los ingresos hospitalarios y las admisiones a la unidad de cuidados intensivos después de la fecha índice. Los criterios de valoración secundarios incluyeron la ubicación de la muerte (hospital, hogar u otro) y las tasas de intervenciones potencialmente onerosas (ventilación con presión positiva, reanimación cardiopulmonar e inicio de diálisis).

Las asociaciones entre los cuidados paliativos y las tasas de uso de la asistencia médica y las intervenciones potencialmente onerosas, así como la ubicación de la muerte se estimaron utilizando modelos lineales multivariados, teniendo en cuenta el emparejamiento. Los modelos se ajustaron por las características demográficas y clínicas del paciente. La razón de tasas ajustada (RTa) y los *odds ratio* ajustados (ORa) fueron calculados con intervalo de confianza del 95% (IC 95%).

Se incluyeron un total de 113 540 adultos que murieron de cáncer y enfermedades no cancerosas, de los cuales 63 320 (55.8%) fallecieron por enfermedades no relacionadas con el cáncer. El

promedio de edad de la cohorte de estudio fue de 83 años, el 53.6% eran mujeres y la mediana del puntaje de riesgo de fragilidad hospitalaria fue de 4. Entre los pacientes con demencia, el 72.1% vivía en un hogar de ancianos. Seis meses antes de la muerte, las características iniciales de los pacientes que fallecieron por enfermedades no cancerosas que recibieron cuidados paliativos fueron similares a las de los que no recibieron cuidados paliativos (controles). Sin embargo, en la fecha índice, una mayor proporción de pacientes que recibieron cuidados paliativos vivían en áreas urbanas, tenían múltiples afecciones crónicas y tenían puntajes de fragilidad de al menos 9, en comparación con los controles. Los enfermos que recibieron cuidados paliativos también tuvieron mayor número de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias en el año anterior a los últimos 6 meses de vida, en comparación con los controles.

En pacientes que murieron de insuficiencia orgánica crónica, los cuidados paliativos se asociaron con tasas reducidas de visitas a urgencias (tasa bruta: 1.9 frente a 2.9 por persona-año; RTa: 0.88, IC 95%: 0.85 a 0.91), ingresos hospitalarios (tasa bruta: 6.1 frente a 8.7 por persona-año; RTa: 0.88; IC 95%: 0.86 a 0.91) e ingresos a la unidad de cuidados intensivos (tasa bruta: 1.4 frente a 2.9 por persona-año; RTa: 0.59; IC 95%: 0.56 a 0.62), en comparación con los que no recibieron cuidados paliativos.

En los pacientes que murieron de demencia, los cuidados paliativos no se asociaron con tasas reducidas de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (tasa bruta: 0.2 frente a 0.2 por persona-año; RTa: 1.03; IC 95%: 0.96 a 1.11), pero se correlacionaron con un aumento de las tasas de visitas al servicio de urgencias (tasa bruta: 1.2 frente a 1.3 por persona-año; RTa: 1.06, IC 95%: 1.01 a 1.12) y las admisiones hospitalarias (tasa bruta: 3.6 frente a 2.8 por persona-año; RTa: 1.33; IC 95%: 1.27 a 1.39). Sin embargo, estas tasas diferían dependiendo en función de si los enfermos que morían por demencia vivían en la comunidad o en un asilo de ancianos. No se encontró asociación entre el uso de la atención médica y los cuidados paliativos para los pacientes que morían por demencia que vivían en la comunidad. La magnitud de todas las asociaciones fue similar en los individuos que fallecieron por cáncer y en los que murieron por insuficiencia orgánica crónica, excepto por las tasas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, que fueron menores en los sujetos que fallecieron por cáncer.

Los pacientes que murieron por insuficiencia orgánica crónica y recibieron cuidados paliativos tuvieron mayores probabilidades de morir en el hogar o en un hogar de ancianos que en el hospital, en comparación con los que no recibieron cuidados paliativos (49.5% frente a 39.6%; ORa: 1.67; IC 95%: 1.60 a 1.74). En los individuos que murieron por demencia, los cuidados paliativos se asociaron con una disminución de las probabilidades de morir en el hogar o en el hogar de ancianos (72.1% frente a 83.5%;

ORa: 0.68; IC 95%: 0.64 a 0.73). Sin embargo, se encontró un aumento vinculado de las probabilidades de morir en el hogar para los pacientes que murieron por demencia que vivían en la comunidad (ORa: 1.35; IC 95%: 1.23 a 1.49). La magnitud de la asociación fue mayor entre los que murieron por cáncer (ORa: 2.83, IC 95%: 2.73 a 2.94) que entre los que fallecieron por una enfermedad no oncológica.

Los pacientes que murieron por insuficiencia orgánica crónica que recibieron cuidados paliativos tuvieron una tasa asociada más baja de intervenciones potencialmente onerosas, en comparación con aquellos que no recibieron cuidados paliativos (ORa compuesto: 0.66; IC 95%: 0.64 a 0.69). En los pacientes que fallecen por demencia, los cuidados paliativos se correlacionaron con una mayor tasa de intervenciones potencialmente onerosas (ORa compuesto: 1.18; IC 95%: 1.08 a 1.31). La magnitud de esta asociación fue menor para los pacientes que murieron de cáncer.

Los resultados del presente estudio parecen indicar que los cuidados paliativos tendrían un impacto positivo en pacientes que mueren por insuficiencia orgánica crónica, ya que reducirían el uso de atención médica y la necesidad de intervenciones onerosas, y aumentarían la posibilidad de morir en el hogar. Por lo tanto, aumentarían la calidad de la atención médica al final de la vida. Sin embargo, se observó un incremento en las tasas de uso de la atención de la salud asociado con los cuidados paliativos en los pacientes que mueren de demencia, que difieren entre los que viven en un hogar de ancianos y aquellos que viven en la comunidad; esto puede deberse a que la demencia no suele ser vista como una enfermedad terminal. En general, los hallazgos del presente análisis concuerdan con los de estudios previos. Sería importante determinar el lugar de inicio y los modelos de prestación de cuidados paliativos para optimizar la atención al final de la vida de los pacientes con enfermedades no cancerosas. También se requieren estudios adicionales para explicar las diferencias encontradas en el uso de la atención médica entre los pacientes que mueren de cáncer e insuficiencia orgánica crónica y los que fallecen de demencia.

Los cuidados paliativos parecen reducir la tasa de visitas al departamento de emergencias, ingresos hospitalarios y admisiones en la unidad de cuidados intensivos, y aumentar la probabilidad de muerte domiciliaria en personas que fallecen por insuficiencia orgánica crónica, pero no por demencia. El acceso a cuidados paliativos mejoraría la calidad de la atención al final de la vida en sujetos con enfermedades como insuficiencia cardíaca, cirrosis y evento vascular cerebral.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/166485

 Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

Autoevaluaciones de la lectura

Los informes destacados se acompañan con preguntas y diversas opciones de respuestas. Las respuestas correctas debidamente fundamentadas se alojan en sector homónimo de esta misma página.

TM N°	Enunciado	Seleccione sus opciones
1	¿Cuál de las siguientes intervenciones intraarticulares es superior en eficacia al placebo, en términos del dolor y la capacidad funcional, en pacientes con artrosis de cadera?	A) Los corticoides. B) El ácido hialurónico. C) El plasma rico en plaquetas. D) Todas ellas. E) Ninguna es superior al placebo.
2	¿Qué características tiene la analgesia multimodal?	A) Comprende el uso de diversos medicamentos analgésicos. B) Cada fármaco apunta a un receptor diferente relacionado con el dolor. C) Es posible utilizar dosis más bajas de cada fármaco. D) Permite minimizar el riesgo de efectos adversos farmacológicos. E) Todas son correctas.
3	¿Qué medicamento no sería eficaz para el abordaje del dolor lumbar inespecífico o la ciática en el departamento de emergencias?	A) El ketoprofeno. B) El paracetamol. C) La morfina. D) Los corticoides. E) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
4	De los siguientes agentes farmacológicos, ¿cuál no es habitualmente recomendado para el tratamiento de la lumbalgia?	A) Antiinflamatorios no esteroides. B) Corticoides. C) Relajantes musculares. D) Agentes anticonvulsivos. E) Ninguno se utiliza.
5	¿Qué efecto tendrían los cuidados paliativos en paciente que mueren por insuficiencia orgánica crónica?	A) Reduce el uso de atención médica. B) Disminuye la tasa de intervenciones médicas potencialmente onerosas. C) Aumenta la probabilidad de muerte domiciliaria. D) Todas las respuestas son correctas. E) Ninguna de las respuestas es correcta.

Respuestas correctas

TM N°	Respuesta	Fundamento	Opción
1	Ninguna es superior al placebo.	Los resultados de una revisión sistemática con metanálisis en red indican que la inyección intraarticular de solución salina es igual de eficaz que otras opciones inyectables para el alivio del dolor y la mejora funcional, en pacientes con artrosis de cadera.	E
2	Todas son correctas.	Comprende el uso de diversos medicamentos analgésicos, cada uno de los cuales apunta a un receptor diferente relacionado con el dolor y, por lo tanto, muestra su efecto analgésico mediante un mecanismo de acción diferente. Cuando dos o más analgésicos se combinan para aliviar el dolor, es posible utilizar dosis más bajas de cada uno para minimizar el riesgo de efectos adversos farmacológicos.	E
3	Los corticoides.	Según una revisión, los corticoides serían ineficaces para el abordaje del dolor lumbar inespecífico o la ciática en el departamento de emergencias.	D
4	Corticoides.	Si bien las guías clínicas internacionales recomiendan el empleo de antiinflamatorios no esteroides, opioides suaves y relajantes musculares, también hay un aumento en el uso de agentes anticonvulsivos como alternativa, a pesar de la escasa evidencia con respecto a su eficacia.	B
5	Todas las respuestas son correctas.	Según una investigación, los cuidados paliativos parecen reducir el uso de atención médica y la tasa de intervenciones médicas potencialmente onerosas, y aumentar la probabilidad de muerte domiciliaria en paciente que fallecen por insuficiencia orgánica crónica, no es así en aquellos pacientes que fallecen por demencia.	D