

Dirección, Comité de Redacción Científica, Fuentes consultadas 3

Expertos invitados

A - Factores que pueden provocar lesiones graves en el deporte
Rubén Torres González, SIIC 4

Informes seleccionados

Reseñas destacadas

- 1 - Efecto de los Opioides sobre la Mortalidad por Todas las Causas y el Consumo de Opioides en la Artroplastia Total de Cadera
Journal of Korean Medical Science 36(13):e87, Abr 2021 6
- 2 - Número Necesario Longitudinal de Pacientes a Tratar para Lograr Diversos Niveles de Respuesta Analgésica y Mejoría con Etoricoxib, Naproxeno y Placebo en la Espondilitis Anquilosante
BMC Musculoskeletal Disorders 12:165, 2011 7
- 3 - Las Reducciones Institucionales en la Prescripción de Opioides después de la Artroscopia de Cadera no Cambian los Puntajes de Satisfacción de los Pacientes
Arthroscopy, Sports Medicine, and Rehabilitation 3(2):e463-e469, Abr 2021 9
- 4 - Dolor Crónico, Funcionalidad y Calidad de Vida en Pacientes que Sobreviven al Cáncer
British Journal of Pain 15(4):401-410, Nov 2021 10
- 5 - Efectos de las Medidas de Distanciamiento Social por COVID-19 en Individuos con Dolor Crónico en las Últimas Etapas de la Cuarentena
International Journal of Environmental Research and Public Health 18(22):11732, Nov 2021 12

Originales destacados

- 6 - Eficacia del Etoricoxib en la Artrosis de Rodilla
American Journal Of Translational Research 13(8):9586-9592, 2021 16
 - 7 - Nivel de Comprensión sobre el Uso de Opioides en Pacientes de Cirugía Traumatológica Ortopédica
Journal of Orthopaedic Surgery and Research 16(736), Dic 2021 17
 - 8 - Necesidad de Pautas de Consenso sobre Técnicas Seguras y Eficaces para la Reducción Gradual de Opioides
Journal of Pain Research 14:3353-3358, Oct 2021 19
 - 9 - Cómo y Cuándo Introducir Cannabinoides en Pacientes con Dolor Crónico Tratados con Opioides
International Journal of Clinical Practice 75(8):e13871, Ago 2021 20
 - 10 - Estudio HIP ATTACK de Cirugía Acelerada en Pacientes con Fractura de Cadera
The Lancet 395(10225):698-708, Feb 2020 22
 - 11 - Tratamiento Conservador de la Artrosis de Rodilla
Medicina (Kaunas) 57(3):232, Mar 2021 22
- Contacto directo 25
Autoevaluaciones de lectura, Respuestas correctas 26





Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

Rafael Bernal Castro
Presidente

Rosa María Hermitte
Directora PEMC-SIIC

Colección
Temas Maestros
Serie
Dolor

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Consejo Superior

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, Alcides Greca, Vicente Gutiérrez Maxwell, Alfredo Hirschon Prado, Roberto Iérmoli, Miguel A. Largaña, Oscar Levalle, Daniel Lewi, Antonio Lorusso, Javier Lottersberger, Olindo Martino, Jorge Máspero, Marcelo Melero, José M. Méndez Ribas, José Milei, Alberto Monchablón Espinoza, Oscar Morelli, Amelia Musacchio de Zan, Angel Nadales, Carlos Nery Costa, Beatriz Oliveri, 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.

SIIC, Consejo de Dirección:
www.siicsalud.com

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 han redactado los artículos originales. 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.siicsalud.com

Dirección Científica

Dr. Belisario Segura

Comité de Redacción Científica

Ignacio Agudelo

Ana Clara Bernal

Agustín Álvarez Dengra

Ricardo Cárdenas

Ignacio Ciccarelli

Diego Costa

Carina Elizalde

Iván Fernández Bessone

Julieta Finkelstein

Matías Kunst Michemberg

Néstor López

Daniel Martínez Rubio

Marcela Moris

Alejo Pérez de la Hoz

Graciela Rey

Gabriela Rocés

Daniela Roisman

María del Pilar Villa Clavijo

Ezequiel Zaidel

César Zoni

Colección Temas Maestros, serie Dolor

Fuentes científicas consultadas

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina

Acta Psychiatrica Scandinavica Actas Españolas de Psiquiatría

Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines

Agencia Sistema de Noticias Científicas (aSNC-SIIC) Alcmeon

American Journal of Medicine

American Journal of Psychiatry

American Journal on Mental Retardation (AJMR)

Annals of Internal Medicine

Archives of General Psychiatry

Archives of Internal Medicine

Archives of Neurology

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry

British Journal of Psychiatry

British Medical Journal (BMJ)

Canadian Journal of Psychiatry

Canadian Medical Association Journal (CMAJ)

Chinese Medical Journal (CMJ)

Clinical Neuropharmacology Clinical Psychology

Clinical Psychology: Science and Practice

Current Opinion in Neurobiology

Current Opinion in Psychiatry Depression and Anxiety Drugs

European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience

European Neuropsychopharmacology General Hospital Psychiatry

German Journal of Psychiatry

International Clinical Psychopharmacology

International Journal of Psychoanalysis

International Psychogeriatrics

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Journal of Anxiety Disorders

Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology

Journal of Clinical Investigation

Journal of Clinical Psychiatry

Journal of Clinical Psychopharmacology

Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology

Journal of Internal Medicine

Journal of Nervous and Mental Disease

Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry

Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences

Journal of Pediatric Psychology

Journal of Psychiatry and Neuroscience

Journal of Psychopharmacology

Journal of Sex Research

Journal of Studies on Alcohol

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Journal of the American Medical Association (JAMA)

Journal of the European College of Neuropsychopharmacology

Journal of the Formosan Medical Association

Journal of the Royal Society of Medicine (JRSM)

Kaohsiung Journal of Medical Sciences Lancet

Medical Journal of Australia Neurology

New England Journal of Medicine (NEJM)

Postgraduate Medical Journal Postgraduate Medicine

Psiquis Psychiatric Annals

Psychiatric Bulletin

Psychiatric Rehabilitation Journal Psychiatry

Psychiatry Research-Neuroimaging

Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes

Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice Psychosomatics

QJM: An International Journal of Medicine

Revista Argentina de Clínica Psicológica

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana

Salud(i)Ciencia – SIIC

Schizophrenia Bulletin Science & Medicine

Scientific American Southern Medical Journal

São Paulo Medical Journal

Tohoku Journal of Experimental Medicine

Trabajos Distinguidos de Clínica Médica

Trabajos Distinguidos de Factores de Riesgo

Trabajos Distinguidos de Salud Mental

Trends in Neurosciences (TINS)

Expertos invitados

<https://www.siicsalud.com/main/expinv.php>

Las normas de divulgación biomédica acotan las posibilidades de comunicación de los investigadores o los someten a rígidos esquemas editoriales que, en oportunidades, limitan la redacción y, en consecuencia, la posterior comprensión de los lectores. SIIC propone escribir sin ataduras a renombrados médicos del mundo. Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los Expertos invitados aseguran documentación de calidad, en temas de importancia estratégica.

A - Factores que pueden provocar lesiones graves en el deporte

Factors that can cause serious injuries in sports

Rubén Torres González

Médico cirujano-investigador, Hospitales de Traumatología y Ortopedia de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Ciudad de México, México

Los factores que mostraron asociación importante para la presencia de lesiones graves fueron: no practicar en área reglamentaria, practicar fútbol, lesiones en el eje del cuerpo, mecanismo de lesión indirecta, no realizar precalentamiento y entrenar 4 horas a la semana o menos. Modificar estos factores podría evitar más de la tercera parte de las lesiones graves generadas durante la práctica deportiva.

Acceda a este artículo en siicsalud

<https://www.siicsalud.com/dato/crosiic.php/89951>



+ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

Todas y cada una de las personas somos susceptibles de presentar una lesión, que puede producirse en el hogar, el trabajo, la vía pública, así como en los sitios de recreación,^{1,2} por lo que es importante conocer qué factores se asocian con mayor frecuencia en el aumento en la incidencia de las lesiones para, de este modo, saber dónde y cuándo establecer oportunamente medidas preventivas.

Cada vez más, las actividades deportivas forman parte de nuestro estilo de vida, ya sea porque la mayoría de las veces la actividad deportiva se practica por recreación o para mejorar el estado de salud o, en ocasiones, como fuente laboral, por lo que es muy importante que no nos produzcan una lesión grave, porque podrían condicionar nuestra calidad de vida, por pérdida de la salud e incapacidad laboral prolongada.

Así, nos dimos a la tarea de identificar parte de los factores que consideramos pueden influir en la presencia o ausencia de lesiones graves durante la práctica deportiva. Este es el primer trabajo que, además de identificarlos, los pondera con su contribución específica.

Dada la ausencia de una estadificación de lesiones durante la práctica deportiva, basados en el potencial de secuelas derivadas de ellas, así como del potencial tiempo de recuperación, se solicitó la cooperación a un grupo de médicos expertos en traumatismos deportivos (1 de Chile, 1 de la Argentina, 2 de España y 4 de México). Por consenso y sobre la base de la evidencia disponible se establecieron los puntos de corte para todos y cada uno de los factores de riesgo estudiados; posteriormente, se diseñó una encuesta que incluyera los 16 factores estudiados de riesgo y un factor de protección. Así, después de aprobado por el comité local de investigación en salud, se explicó y solicitó su consentimiento informado a cada paciente de manera consecutiva, conforme fueran acudiendo al servicio de urgencias en el Hospital de Traumatología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Magdalena de las Salinas del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, México.

Los pacientes fueron considerados expuestos a factores de riesgo cuando su edad no superaba los 15 años o eran mayores de 33, eran de sexo masculino, no realizaban la práctica deportiva en un área reglamentaria, la lesión se había producido durante una práctica de fútbol, la lesión se hallaba en el eje anatómico del cuerpo, se había producido antes de la hora 12, durante una competencia, mediante un mecanismo de lesión indirecto, no contaban con entrenador, practicaban menos de 4 horas a la semana, no utilizaban el equipo reglamentario, no

realizaban precalentamiento físico, el tiempo que llevaban practicando el mismo deporte (un año o más, 5 años o más o 10 años más), lesión previa en el sitio de la lesión al momento del estudio. En el grupo de casos fueron incluidos los pacientes que presentaron fractura, luxación, fractura-luxación o lesión fisiaria; estas se consideraron lesiones graves. El grupo control se integró con pacientes con las lesiones siguientes: contusión, desgarro o esguince; a su vez, estas no se consideraron lesiones graves.

Una vez que los médicos de urgencias establecían el diagnóstico, recabado el consentimiento informado y la encuesta de los factores en estudio, se procedió a completar la base de datos diseñada para este propósito en el programa estadístico SPSS versión 11.0; se describieron las variables, se realizaron pruebas de homogeneidad entre grupos ($p > 0.05$), así como análisis inferencial y cálculo de riesgos (razón de momios u *odds ratio*), se consideraron con significación estadística los valores de $p \leq 0.05$, así como los intervalos de confianza del 95%, además de calcular el poder estadístico de cada factor, para saber la representatividad del tamaño muestral en cada análisis.

La muestra de estudio quedó integrada por 131 pacientes (79 lesiones no graves y 52 graves), con una edad promedio de 21.6 ± 8.6 años, en su mayoría del sexo masculino (76.3%); se observó homogeneidad ($p > 0.05$) para ambas condiciones respecto de la gravedad de las lesiones, lo cual permitió establecer la comparabilidad entre los grupos y así tener confianza en los resultados.

Cabe resaltar que los grupos con mayor representatividad en las lesiones asociadas con la práctica deportiva fueron la edad entre los 16 y los 20 años (26.7%);

al momento de la lesión, el 59.5% de los pacientes se encontraba en el área reglamentaria y el deporte más practicado fue el fútbol (52.7%). Respecto del estudio específico de los factores analizados, los que mostraron asociación importante para la presencia de lesiones graves fueron no practicar en áreas reglamentarias, que aumentó el riesgo a más del doble; al igual que practicar fútbol; las lesiones que se presentaron en el eje del cuerpo elevaron la probabilidad a aproximadamente 6 veces más; el mecanismo de lesión indirecto hizo lo propio más de 2 veces, al igual que no realizar un precalentamiento físico y entrenar 4 horas o menos a la semana, casi 3 veces. Llama la atención que la presencia de lesión previa en el sitio de la lesión al momento del estudio se asoció como factor de protección de lesiones graves casi 3 veces.

La identificación, el desarrollo y la aplicación de medidas preventivas oportunas, orientadas a evitar los factores estudiados que mostraron adecuada significación y poder muestral, podrían disminuir la probabilidad de presentar lesiones graves en más de la tercera parte de la población expuesta. De tal manera que si el 45% de las lesiones asociadas con la práctica deportiva atendidas en el servicio de urgencias son graves³ y, en países como los EE. UU. atienden en los servicios de urgencias cerca de 2 millones de lesiones deportivas al año,² ¿cuántas personas podrían beneficiarse al considerar estos factores?

El presente trabajo es apenas la punta de la solución al problema, ya que existe la necesidad de identificar y ponderar con la presente metodología aplicada en este estudio muchos otros factores de riesgo, así como ver su influencia respecto de otras poblaciones y condiciones.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2022
www.siicsalud.com

El autor no manifiesta conflictos de interés.

Ver bibliografía completa en: www.siicsalud.com/dato/crosiic.php/89951

Cómo citar este artículo

Torres González R. Factores que pueden provocar lesiones graves en el deporte. *Temas Maestros Dolor* 3(2):4-5, Mar 2022.

How to cite this article

Torres González R. *Factors that can cause serious injuries in sports*. *Temas Maestros Dolor* 3(2):4-5, Mar 2022.

Autoevaluación del artículo

Las actividades deportivas forman parte del estilo de vida. Habitualmente, la actividad deportiva se practica por recreación o para mejorar el estado de salud o, en ocasiones, como fuente laboral. Es importante que no se produzcan lesiones graves, porque podría condicionar la calidad de vida, por pérdida de la salud e incapacidad laboral prolongada.

¿Qué factores demostraron asociación con la presencia de lesiones graves?

A, No practicar en áreas reglamentarias; B, Practicar fútbol; C, No realizar precalentamiento; D, Entrenar 4 horas a la semana o menos; E, Todas las respuestas son correctas.

Corrobore su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluacioneshtm.php/89951

Conexiones temáticas

Los informes de Temas Maestros se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



Informes seleccionados

Reseñas destacadas

Esta sección se compone de revisiones médicas estrechamente relacionadas con el ejercicio de la profesión. Los resúmenes SIIC de Reseñas destacadas tienen una extensión promedio de dos páginas.

1 - Efecto de los Opioides sobre la Mortalidad por Todas las Causas y el Consumo de Opioides en la Artroplastia Total de Cadera

Cha Y, Jang S-Y, Choy W y colaboradores

Eulji University Hospital; Eulji University College of Medicine; Daejeon y otros centros participantes; Corea del Sur

[Effect of Opioids on All-Cause Mortality and Opioid Addiction in Total Hip Arthroplasty: A Korea Nationwide Cohort Study]

Journal of Korean Medical Science 36(13):e87, Abr 2021

En pacientes sometidos a artroplastia total de cadera, el uso previo de opioides no afecta la mortalidad posoperatoria, pero hay que tener en cuenta los riesgos del uso sostenido.

La artroplastia total de cadera (ATC) es una de las cirugías más realizadas en todo el mundo. Esta intervención se ha asociado con dolor posoperatorio intenso, lo que puede afectar la recuperación temprana del paciente, interferir en la rehabilitación, prolongar la internación y aumentar los costos. Por lo tanto, el control adecuado del dolor después de la ATC es de suma importancia. Se pueden utilizar antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para controlar el dolor posterior a la ATC, pero a partir del mayor conocimiento de sus efectos adversos a nivel cardiovascular, disminuyó el umbral de prescripción de opioides. Estos fármacos también son eficaces para controlar este dolor, pero el uso a largo plazo puede provocar tolerancia y dependencia física y, en ocasiones, adicción. Sin embargo, faltan estudios sobre el empleo de opioides en pacientes sometidos a ATC en países de Asia oriental.

El objetivo del presente estudio fue investigar el uso de opiáceos antes y después de la ATC, averiguar su efecto sobre la mortalidad en pacientes sometidos a ATC y analizar si el empleo preoperatorio de opiáceos es un factor de riesgo para el uso sostenido de opioides después de la cirugía en Corea del Sur.

Métodos

Se utilizó una base de datos nacional de Corea del Sur para identificar pacientes adultos sometidos a ATC entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2015. Se extrajeron datos demográficos, clínicos e información sobre tratamientos recibidos. Para identificar el uso de opioides, la fecha índice (T_0) se definió como 90 días después de la admisión al

hospital para ATC primaria. Los opioides se clasificaron en tramadol y opioides fuertes (aquellos distintos del tramadol). Los pacientes que usaron opioides dentro de los 6 meses anteriores a la ATC se definieron como usuarios anteriores; en caso contrario, el paciente se definió como un no usuario anterior. Los pacientes que recibieron opioides dentro de los 3 meses posteriores a la ATC se definieron como usuarios actuales y los que no los recibieron se definieron como no usuarios actuales. Para identificar el uso sostenido de tramadol y opioides fuertes se investigó su uso durante 3 meses a un año después de la ATC (definido como usuario sostenido). Además, se analizaron los antecedentes pasados y actuales de tratamiento farmacológico y las comorbilidades.

El tiempo de supervivencia se definió por días desde la fecha índice (90 días después de la hospitalización por ATC) hasta la fecha de muerte o el 31 de diciembre de 2015, lo que ocurriera primero. Se utilizó un modelo de riesgos proporcionales de Cox con ajuste multivariado para investigar los efectos del tramadol y el uso de opioides fuertes en la mortalidad por todas las causas en pacientes sometidos a ATC. Además, se evaluó la asociación entre el uso anterior y el uso sostenido de opioides. Los cocientes de riesgo (CR) así como las razones de tasas ajustadas se calcularon con intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Los posibles factores de confusión incluidos fueron (entre otros) la edad, el sexo, el nivel de ingresos del hogar, el puntaje de comorbilidad de Charlson, la anestesia, las transfusiones, el año calendario de la ATC, el antecedente de tratamiento farmacológico y el historial del actual, que incluía tramadol y opioides fuertes.

El valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. Todos los análisis estadísticos se realizaron con la versión 7.1 del programa SAS.

Resultados

Se incluyeron 1121 pacientes. Un total de 774 (69.05%) era usuario anterior de opioides; 674 (60.12%) eran usuarios anteriores de tramadol y 368 (32.83%), de opioides fuertes. El número de usuarios actuales de opioides aumentó a 1048 (93.49%). Los números de usuarios actuales de tramadol y opioides fuertes fueron 884 (78.86%) y 853 (71.09%), respectivamente. Los usuarios sostenidos de opioides disminuyeron a 702 (62.62%) pacientes. Las tendencias en el uso de tramadol fueron similares a las de los opioides. Sin embargo, el uso sostenido de opioides fuertes aumentó en comparación con el uso anterior de opioides.

En la comparación del riesgo de muerte según el empleo actual y la dosis diaria definida de tramadol en cada grupo de pacientes según el uso anterior de opioides no hubo diferencias estadísticamente significativas en el CR ajustado para muerte en comparación con los no usuarios actuales en todos los grupos ($p > 0.05$). En la comparación del riesgo de muerte según el uso actual y la dosis diaria definida de opioides fuertes en cada grupo de pacientes según el uso anterior de opioides, no hubo diferencias estadísticamente significativas en el CR ajustado para muerte en comparación con los no usuarios actuales en todos los grupos ($p > 0.05$).

El uso anterior de tramadol y opioides fuertes en usuarios actuales aumentó el riesgo de empleo sostenido de tramadol y opioides fuertes a 1.45 veces (IC 95%: 1.12 a 1.87; $p: 0.004$) y 1.65 veces (IC 95%: 1.43 a 1.91; $p < 0.001$), respectivamente, en comparación con los no usuarios anteriores. Además, los riesgos del uso sostenido de tramadol y opioides potentes aumentaron en ambos grupos, independientemente de la edad.

Discusión


El hallazgo principal del presente estudio fue que, entre los pacientes sometidos a ATC, casi el 70% era usuario anterior de opioides. Además, el número de usuarios actuales de opioides después de la ATC fue de más del 90%. Sin embargo, los usuarios sostenidos de opioides descendieron a poco más del 60% de los pacientes. Se observó que el uso sostenido de opioides fuertes aumentó en comparación con el empleo anterior de opiáceos. El uso anterior de tramadol y opioides fuertes en usuarios actuales se asoció con mayor riesgo de utilización sostenida de tramadol y opioides. Además, los riesgos del uso sostenido de tramadol y opioides potentes se incrementaron en ambos grupos, independientemente de la edad. Al comparar el riesgo de muerte por el uso actual y las dosis diarias de tramadol definidas en cada grupo por el empleo anterior de opioides, no hubo una diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad en comparación con los no usuarios actuales en todos los grupos. A diferencia de lo que se observó en el presente estudio, diversos autores han informado que la mortalidad después de la cirugía por fractura de cadera fue mayor en los usuarios de opioides en comparación con los no usuarios. Esta discrepancia probablemente se deba a que la dosis y el patrón de prescripción de opioides en Corea sean diferentes de los de los países occidentales.

En el presente estudio no se observó una disminución importante en la proporción de usuarios de opioides antes de la ATC y un año después de esta, pero se debe tener en cuenta que ante una única receta de opioides, los pacientes se clasificaban como usuario de opioides y no se identificaba la causa de su empleo. Es de suma importancia prestar atención al seguimiento de los pacientes que usan opioides después de la cirugía. Uno de los problemas más importantes es el consumo. En el presente estudio, al igual que en otras investigaciones, la proporción de usuarios crónicos

de opioides después de la cirugía fue mayor entre los usuarios preoperatorios de opioides, y este fenómeno se observa en todos los pacientes, independientemente de la edad. Cuando se prescriben opioides para el control del dolor posoperatorio después de la ATC es importante obtener el historial del uso preoperatorio de fármacos para prevenir el uso a largo plazo de opioides. Entre las limitaciones principales del presente estudio se encuentra la falta de evaluación de la gravedad de la enfermedad o el dolor específico por los que se realizó la ATC. Además, no se confirmaron las indicaciones para opioides y, por lo tanto, los pacientes pueden haber usado estos agentes por razones distintas del estado de salud de la enfermedad para la cirugía de ATC.

Conclusiones

En pacientes sometidos a ATC, el uso de opioides dentro de los 6 meses previos a la cirugía y dentro de los 3 meses posteriores a la cirugía no afecta la mortalidad posoperatoria, pero el uso anterior de opioides es un factor de riesgo para su empleo sostenido. Incluso después de la ATC, el uso de opioides fuertes aumenta en comparación con su utilización antes de la cirugía.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resic.php/169518

2 - Número Necesario Longitudinal de Pacientes a Tratar para Lograr Diversos Niveles de Respuesta Analgésica y Mejoría con Etoricoxib, Naproxeno y Placebo en la Espondilitis Anquilosante

Peloso PM, Gammaitoni A, Moore AR y colaboradores

University of Oxford, Oxford, Reino Unido y otros centros participantes

[Longitudinal Numbers-Needed-To-Treat (NNT) for Achieving Various Levels of Analgesic Response and Improvement with Etoricoxib, Naproxen, and Placebo in Ankylosing Spondylitis]

BMC Musculoskeletal Disorders 12:165, 2011

Cerca de 1 de 2 pacientes con espondilitis anquilosante tratados con etoricoxib logra una reducción clínicamente significativa del dolor en la columna y la actividad de la enfermedad, en tanto que los valores con naproxeno son 1 de 3 pacientes.

En general, los ensayos clínicos que evalúan analgésicos informan la respuesta como el promedio de los resultados grupales; sin embargo, se ha demostrado que pocos pacientes representan al promedio y la mayoría muestra respuestas analgésicas en los extremos. Además, las medias grupales no informan las respuestas individuales de los pacientes. El análisis de la respuesta de un paciente a una terapia dada facilita la discusión con el médico acerca de los beneficios y los riesgos del tratamiento y ayuda a los médicos a tomar decisiones informadas. El número necesario de pacientes a tratar (NNT [*number-needed-to-treat*]) brinda información clínicamente significativa

para la práctica diaria y sobre el beneficio esperado del tratamiento. Por lo tanto, en este estudio se ha presupuesto evaluar la respuesta al tratamiento del dolor mediante el análisis de los pacientes que responden al tratamiento.

Este estudio evaluó el etoricoxib, el naproxeno y placebo en la espondilitis anquilosante (EA) y su objetivo fue analizar la proporción de pacientes que logró una mejora en el *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI) y una disminución del 15%, 30%, 50% y 70% del dolor de columna desde el inicio. También se estudiaron los NNT asociados con el tiempo; específicamente, se intentó describir la influencia de diversos puntos de tiempo y diferentes umbrales de respuesta en los pacientes que respondieron al tratamiento y los NNT asociados.

Métodos

El presente fue un análisis *post hoc* de un estudio a doble ciego, de grupos paralelos, de 6 semanas de duración, que comparó la administración de 90 mg y 120 mg de etoricoxib, 1000 mg de naproxeno y placebo en pacientes adultos con diagnóstico de EA basado en los criterios modificados de Nueva York para EA. Fueron excluidos los pacientes tratados con corticoides en el mes anterior a la selección o con analgésicos en los 3 días posteriores al ingreso y durante todo el estudio. Se permitió el uso de aspirina en dosis bajas para la profilaxis cardiovascular y de paracetamol para la analgesia de rescate. Las evaluaciones clínicas se realizaron en la selección, la aleatorización y en las semanas 2, 4, 6, 8, 16, 26, 43 y 52 o en la visita de suspensión. El dolor de columna se evaluó con un escala visual analógica de 100 mm. Además, se registró la evaluación general del paciente de la respuesta a la terapia (PGART [*patient global assessment of response to therapy*]). En cada rama de tratamiento se calculó el número y el porcentaje de pacientes en cada nivel de PGART en la semana 6. Tanto para el BASDAI como para el dolor de columna, el número y el porcentaje de pacientes que lograron una mejoría $\geq 15\%$, $\geq 30\%$, $\geq 50\%$ y $\geq 70\%$ desde el inicio se calcularon en las semanas 2, 4 y 6; estos valores se usaron para determinar los NNT correspondientes. A los pacientes que abandonaron el estudio por cualquier motivo se les asignó una mejoría de 0 luego de 7 días desde el momento de la interrupción del tratamiento.

Resultados

La mayoría de los participantes fueron varones, con una media de edad de 44 años, un promedio de dolor de columna al inicio de 77 mm y una media de 55 mm en el BASDAI. La distribución de las respuestas de PGART a las 6 semanas para los grupos de tratamiento no adoptó una forma gaussiana.

Tal como se esperaba, tanto para el BASDAI como para el dolor de columna, una mayor proporción de pacientes logró una mejoría del 15% desde el inicio respecto de un cambio del 70% desde el comienzo con el tratamiento activo y el placebo. En los pacientes que recibieron tratamiento activo, los umbrales diversos de

respuesta en general se mantuvieron estables durante las semanas 2 a 6. La respuesta al placebo en gran medida dependió del nivel de respuesta examinado. A las 6 semanas descendió del 30% al 5% o menos. Se observó una tendencia para las tasas de respuesta a placebo, que cayeron a las 2 a 6 semanas.

En todos los umbrales de respuesta más pacientes que recibieron tratamiento activo alcanzaron un umbral determinado en comparación con el grupo placebo y, en la mayoría de los casos, numéricamente más pacientes tratados con 90 mg o 120 mg de etoricoxib lograron un nivel determinado de respuesta en comparación con aquellos tratados con 1000 mg de naproxeno.

De acuerdo con los porcentajes de los pacientes que respondieron, los NNT fueron más altos (es decir, peores) cuando se requirieron umbrales más altos de respuesta, tanto en el BASDAI como para el dolor de columna. En general, los NNT disminuyeron (es decir, mejoraron) ligeramente con el tiempo y, en todos los casos, fueron más bajos (es decir, mejores) con etoricoxib que con naproxeno, tanto para el BASDAI como para el dolor de columna. Cuando se evaluó la mejoría $\geq 30\%$, los NNT a las 6 semanas fueron de 2.0 o menos para 90 mg o 120 mg de etoricoxib y de 2.7 o más con 1000 mg naproxeno, en comparación con placebo. Cuando se analizó la mejoría $\geq 50\%$, los NNT a las 6 semanas fueron de 3.2 o menos para 90 mg o 120 mg de etoricoxib y de 3.7 o más con 1000 mg de naproxeno, en comparación con placebo. En la mayoría de los casos, tanto para el dolor de columna como para el BASDAI, los NNT para etoricoxib fueron al menos 0.5 inferiores a naproxeno, lo que sugiere una diferencia clínicamente relevante a favor del primero.

Discusión

El presente estudio demostró que la respuesta en el PGART no sigue una distribución normal en la EA; por lo tanto, no se debe inferir que el promedio de los resultados del grupo representan una distribución normal de las respuestas al tratamiento. Aproximadamente a las 6 semanas de tratamiento se observó una mejora promedio del 50% en el BASDAI para los grupos de etoricoxib y de 44% para el grupo de naproxeno. El 70% de los pacientes que recibió etoricoxib y el 57% de los participantes tratados con naproxeno experimentaron una mejoría moderada ($\geq 30\%$) en el BASDAI. Cerca del 48% y 38%, en ese orden, experimentaron una mejora sustancial ($\geq 50\%$) y un 30% y 20% tuvieron una mejora pronunciada ($\geq 70\%$). Los porcentajes de respuesta al dolor de columna en general fueron similares. La cantidad de pacientes que respondió al tratamiento a las 6 semanas en un umbral determinado fue numéricamente más alta en los grupos de etoricoxib que de naproxeno, tanto en el BASDAI como para el dolor de columna. Estas diferencias a favor de etoricoxib se reflejan en los NNT menores (mejores): después de 6 semanas, aproximadamente 1 de 2 pacientes tratados con etoricoxib logró una mejora del 30% o superior a la observada con placebo, 1 de 3 consiguió una mejora

del 50% y 1 de 4, del 70%. Por el contrario, los valores correspondientes al naproxeno se acercaron a 1 de 3, 1 de 4 y 1 de 6, respectivamente. Las diferencias significativas en los NNT de etoricoxib y naproxeno fueron similares en el análisis principal y los cambios desde el inicio en el BASDAI y el dolor de columna fueron significativamente mayores con etoricoxib que con naproxeno ($p < 0.05$).

Los resultados del presente estudio confirmaron que las terapias eficaces generan NNT bajos y estables en la EA, como se ha demostrado en la artrosis. Los promedios de los resultados de un grupo demuestran que una terapia funciona, pero no informan la probabilidad de respuesta del individuo. Los NNT son más sencillos de entender y probablemente se transmitan de manera más fácil a los pacientes; sin embargo, no presentan un perfil completo de eficacia.

La limitación principal del presente análisis es que fue *post hoc*.

Conclusiones

La respuesta individual del paciente no se distribuye de manera normal, sino que tiende a caer hacia los extremos y, como tal, no se representa con precisión en las medias de las respuestas de un grupo. Estos valores informan que un fármaco es claramente superior al placebo, pero son menos valiosos para comunicar las respuestas esperadas. Los análisis de los pacientes que responden al tratamiento y los NNT deben presentarse junto con los promedios de los resultados de los ensayos clínicos del grupo, ya que brindan una visión complementaria de los datos de eficacia, facilitan las discusiones entre el médico y el paciente sobre los beneficios esperados y son más relevantes desde el punto de vista clínico.

 Información adicional en www.siicsalud.com/data/resic.php/169519

3 - Las Reducciones Institucionales en la Prescripción de Opioides después de la Artroscopia de Cadera no Cambian los Puntajes de Satisfacción de los Pacientes

Bloom DA, Manjunath AK, González-Lomas G y colaboradores

New York University Langone Health, Nueva York, EE.UU.

[Institutional Reductions in Opioid Prescribing Following Hip Arthroscopy Do Not Change Patient Satisfaction Scores]

Arthroscopy, Sports Medicine, and Rehabilitation

3(2):e463-e469, Abr 2021

La disminución de la cantidad de opioides indicados después de la artroscopia de cadera no modifica la satisfacción del paciente en relación con el tratamiento del dolor posoperatorio.

La analgesia con base en los opioides se utiliza para controlar el dolor agudo posoperatorio después de los procedimientos ortopédicos. La prescripción excesiva de estos agentes se relaciona, al menos en

parte, con el deseo del médico de mejorar el grado de satisfacción del paciente con respecto al tratamiento del dolor posoperatorio.

La encuesta de satisfacción Press-Ganey (PG) es una herramienta que permite valorar la percepción del paciente respecto de la atención y el control del dolor, entre otras. En estudios recientes se indicó que el grado de satisfacción del paciente, con respecto al tratamiento del dolor posoperatorio valorado con la encuesta PG, no disminuye cuando se prescriben menos opioides después de la cirugía de hombro.


El propósito del presente estudio fue investigar el efecto de la disminución de la prescripción de opioides después de la artroscopia de cadera en la satisfacción del paciente valorada con la encuesta PG.

Métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de los datos demográficos y clínicos reunidos en forma prospectiva de pacientes adultos sometidos por primera vez a artroscopia de cadera por pinzamiento femoroacetabular, que completaron la encuesta PG entre octubre de 2014 y el mismo mes de 2019 en un centro de salud de los EE. UU. Fueron excluidos los pacientes con trastornos del tejido conectivo o problemas de cadera relacionados con una fractura por trauma. En todos los participantes se realizó artroscopia de cadera con tracción, en decúbito supino, con anestesia general, en un entorno ambulatorio. En ninguno de estos casos se efectuó microfractura. Al finalizar el procedimiento se hizo la reparación capsular. Al momento del alta, los pacientes recibieron un aparato ortopédico de abducción de cadera para limitar tanto la hiperextensión como la rotación externa y se les restringió el soporte de peso durante las primeras 3 a 4 semanas de la operación. Además, se les indicó tratamiento farmacológico para prevenir infecciones, tromboembolia venosa y osificación heterotópica, y se prescribió fisioterapia.

El tratamiento del dolor posoperatorio fue diferente antes y después de octubre de 2018, cuando se implementó una política institucional de reducción de opioides que incluyó 20 tabletas de 5 mg/325 mg de oxicodona/acetaminofeno. Los participantes respondieron la encuesta PG después de la cirugía. La herramienta se envió por correo postal o electrónico para evaluar la satisfacción del paciente con su experiencia antes, durante y después de la intervención, que incluye el tratamiento del dolor.

Los criterios principales de valoración fueron la cantidad de recetas de opioides al momento del alta y la satisfacción del paciente respecto del control del dolor. Las indicaciones se convirtieron en equivalentes de miligramos de morfina (EMM) para la comparación directa entre los diferentes opioides.

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

Los pacientes fueron divididos en dos grupos cronológicos, antes y después del inicio de la implementación de la política institucional de reducción de opioides. Para la determinación de la importancia clínica, se calculó el cambio mínimo detectable.

Resultados

Ciento quince pacientes cumplieron los criterios de inclusión y 2 fueron excluidos del análisis. La media de edad de la cohorte general fue de 40.33 años. El promedio del índice de masa corporal (IMC) fue de 25.33 kg/m². El promedio de opioides prescritos al momento del alta fue de 218.4 EMM durante el estudio. La media del puntaje de la satisfacción de los pacientes con el control del dolor fue de 4.77 de un máximo de 5. Ochenta y ocho pacientes fueron operados antes de la implementación del protocolo de reducción de opioides y 25, después de esta. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con respecto a la demografía de los pacientes o las complicaciones intraoperatorias ($p > 0.05$).

La prescripción promedio de opioides se redujo de 249.6 EMM (equivalente a 33.3 tabletas de 5 mg de oxycodona) antes del protocolo a 108.6 EMM (equivalente a 14.5 tabletas de 5 mg de oxycodona) después de este ($p = 0.0002$), lo que representa una reducción del 56.5% en la prescripción posoperatoria promedio de opioides después de la artroscopia de cadera. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de la encuesta PG entre los grupos antes y después del protocolo ($p > 0.05$). Del grupo intervenido antes de la implementación del protocolo, 84 (95.5%) pacientes respondieron favorablemente a la pregunta "grado de control del dolor", frente a 25 (100%) del grupo que fue operado después de la implementación ($p = 0.57$).

Discusión

A pesar de que la analgesia basada en opioides es un pilar del tratamiento del dolor posoperatorio en pacientes sometidos a artroscopia de cadera, los resultados del presente estudio demostraron que la reducción de la prescripción posoperatoria de estos agentes no resultó en un cambio estadísticamente significativo en la satisfacción del paciente con respecto al control del dolor. En la institución en la que se realizó el presente estudio, en 2018 se implementó un protocolo de reducción de opioides para hacer frente a la epidemia causada por la administración de estos fármacos. Esto parece haber resultado tanto para reducir la cantidad de opioides indicados después de la artroscopia de cadera como para controlar el dolor posoperatorio, al menos desde el punto de vista del paciente. Los 5 años (2014 a 2019) de estudio permitieron la comparación antes y después de la implementación de las pautas de prescripción posoperatoria de opioides impuestas por la institución de los investigadores. Diversas entidades y organismos han tomado medidas similares. Un obstáculo para la


implementación generalizada de estos protocolos es la preocupación de que esto conduzca a puntajes más bajos de satisfacción. Una encuesta entre médicos reveló que las expectativas de los pacientes son una de las principales fuentes de presión para indicar más opioides al momento del alta. El tratamiento del dolor es un aspecto importante en la satisfacción del paciente después de la cirugía y el presente estudio demostró un nivel alto de satisfacción a pesar de la reducción marcada en la prescripción, lo cual concuerda con otras investigaciones. También se ha demostrado que los opioides no son esenciales para mantener la satisfacción del paciente mediante un mejor control del dolor. En este estudio se comprobó una reducción del 56.5% en la prescripción promedio de opioides posoperatorios, mayor que el 36.0% informado por un estudio de 2019.

Los autores destacan que es frecuente que los pacientes sometidos a cirugía ortopédica tengan antecedentes de uso de opioides, lo que los vuelve propensos a ser usuarios crónicos. Por lo tanto, el inicio de la reducción de opioides para el control del dolor posoperatorio puede ser de utilidad. La disminución en el uso de opioides también se logra mediante la implementación de técnicas multimodales de tratamiento del dolor, así como con el tratamiento intervencionista perioperatorio. Existen alternativas eficaces y seguras a los regímenes de opiáceos para el tratamiento del dolor. El enfoque multimodal y multidisciplinario para el tratamiento del dolor después de la artroscopia de cadera puede reducir aún más el consumo de opiáceos, sin poner en peligro la satisfacción del paciente. La capacitación permanente de los médicos también desempeña un papel clave para hacer frente a la epidemia causada por la prescripción de opioides.

La limitación principal del presente estudio fue su diseño retrospectivo.

Conclusiones

Según lo demostrado por las respuestas en la encuesta PG, la reducción en los opioides prescritos después de la artroscopia de cadera no se asocia con diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor posoperatorio.

 Información adicional en www.sicisalud.com/dato/resicic.php/169521

4 - Dolor Crónico, Funcionalidad y Calidad de Vida en Pacientes que Sobreviven al Cáncer

Poço Gonçalves J, Veiga D, Araújo A

Universidade do Porto; Centro Hospitalar Universitário do Porto; Porto, Portugal

[Chronic Pain, Functionality and Quality of Life in Cancer Survivors]

British Journal of Pain 15(4):401-410, Nov 2021

Aproximadamente, una cuarta parte de los pacientes que sobreviven al cáncer presentaron dolor crónico; menos de la mitad fueron seguidos por un médico y algo más de un tercio recibió analgésicos. El dolor crónico fue el principal predictor negativo de la calidad de vida relacionada con la salud.

El diagnóstico temprano y las opciones terapéuticas en oncología se asocian con el incremento promedio en la expectativa de vida, el número de sobrevivientes y el número de años de vida luego del diagnóstico. Sin embargo, el número creciente de sobrevivientes de cáncer asociado con una mayor duración promedio de años de vida luego del diagnóstico permitió la detección de efectos adversos a mediano y largo plazo tanto de la enfermedad oncológica como de su tratamiento, que dependen de la localización y la extensión de la enfermedad, la existencia de metástasis y el tipo de tratamiento, como quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia o cirugía.

Entre los efectos secundarios registrados, el dolor es uno de los más prevalentes y el que tiene mayor impacto en la funcionalidad, tanto física como psicológica, y la calidad de vida de los pacientes. La prevalencia estimada de dolor crónico en los sobrevivientes de cáncer alcanza el 40%, según la localización del tumor primario y el tratamiento realizado.

La etiología del dolor se relaciona con el tumor, la presencia de metástasis o es un efecto secundario del tratamiento, pero también puede no estar relacionada con el cáncer o su terapia. Se define por su persistencia o repetición durante al menos 3 meses, sin una explicación alternativa. Este dolor persiste o se repite durante al menos 3 meses y no se explica por otro mecanismo. El dolor oncológico crónico es consecuencia del daño tisular provocado por la expansión del tumor o la aparición de metástasis, que activa mecanismos inflamatorios, y de mecanismos neuropáticos, como la compresión y la destrucción de las terminales nerviosas sensoriales y la denervación de la zona afectada por el tumor primario o las metástasis.

El dolor puede persistir, incluso después de la erradicación del tumor, por mecanismos de sensibilización periférica y central. Asimismo, el dolor posquirúrgico tiene alta prevalencia en la toracotomía (del orden del 30% a 50%) o la mastectomía (en más del 50% de las pacientes después de una cirugía de mama).

El dolor crónico relacionado con el cáncer impacta de manera negativa, a veces incluso más que el cáncer, en la calidad de vida de los pacientes, compromete las actividades de la vida diaria, la interacción social,

el estado de ánimo, el sueño y diversos aspectos de la salud en general.

Durante mucho tiempo, el objetivo principal del tratamiento de las enfermedades oncológicas ha sido la erradicación del tumor y la prolongación de la esperanza de vida media luego del diagnóstico, pero no se enfocó en los efectos nocivos a mediano y largo plazo o en la prevención de la aparición del dolor crónico.

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia y las características del dolor crónico en los sobrevivientes de cáncer, así como la interferencia del dolor en la calidad de vida y la funcionalidad.

Métodos

Se analizaron en forma retrospectiva todos los pacientes dados de alta del Servicio de Oncología del Centro Hospitalar Universitário do Porto, en Porto, Portugal, entre marzo de 2016 y junio de 2019. De 334 pacientes, 232 fueron excluidos por diferentes razones; por lo tanto, en el estudio se incluyeron 85 pacientes (25.45%) que respondieron a una entrevista telefónica.

El estudio se realizó en dos fases: en la primera se consultaron las historias clínicas (n = 334) y se seleccionó a los posibles participantes (n = 102). La segunda fase consistió en contactar a los pacientes seleccionados (n = 102) para realizar una entrevista telefónica en la que se utilizaron cuestionarios que los participantes respondieron verbalmente (n = 85). De las historias clínicas se recabó la información sociodemográfica, las características de la enfermedad oncológica y el tratamiento.

En las entrevistas telefónicas se preguntó acerca de la presencia o la ausencia de dolor crónico y de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), mediante la aplicación de la versión portuguesa del cuestionario EuroQoL de cinco dimensiones (EQ-5D-3L).

A los pacientes que declararon tener dolor, se les preguntó sobre los factores relacionados con el dolor crónico y su caracterización, mediante la aplicación del Brief Pain Inventory adaptado (BPIa), el Pain Disability Index (PDI) y un cuestionario específico para la detección de dolor neuropático, el Douleur Neuropathique 4 Questions adaptado (DN4), validados para el idioma portugués. La CVRS se analizó a partir de la aplicación del EQ-5D-3L, que comprende las dimensiones de movilidad, cuidado personal, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Se realizó un análisis de regresión lineal para determinar las variables que predijeron mejor la CVRS.

Resultados

La edad promedio de los participantes del estudio fue de 65.33 años, el 50.6% (n = 43) eran mujeres y el 49.4% (n = 42), hombres.

El 72.9% (n = 62) tenía 60 años o más, el 70.6% (n = 60) estaba casado, el 50.6% (n = 43) tenía entre el primer y el cuarto grado de educación y el 68.2% (n = 58) estaba jubilado.

Las localizaciones más prevalentes del tumor primario fueron el aparato digestivo (50.6% n = 43), la cabeza y el cuello (15.3%, n = 13) y las mamas (14.1%, n = 12). De

estos pacientes, el 69.4% (n = 59) estaba en el período comprendido entre los 5 y 10 años tras el diagnóstico. El 87.1% (n = 74) no había presentado metástasis. En este grupo, el 95.3% (n = 81) recibió quimioterapia, el 49.4% (n = 42) radioterapia, el 10.6% (n = 9) terapia hormonal, el 2.4% (n = 2) inmunoterapia y el 88.2% (n = 75), cirugía. El 62.4% (n = 53) de estos pacientes se sometió a hasta dos tipos de tratamiento.

De los pacientes encuestados, el 23.5% (n = 20) presentó dolor crónico. Los focos de dolor más referidos fueron la zona lumbar (25%, n = 5), el abdomen (20%, n = 4) y el miembro superior izquierdo (15%, n = 3). El 45% de estos pacientes tenía un seguimiento por su médico de cabecera, pero el 55% no tenía seguimiento para el tratamiento de su dolor. El 35% de los pacientes con dolor crónico consumía analgésicos. En la semana anterior a la encuesta telefónica, el 85% (n = 17) de los pacientes con dolor crónico había experimentado dolor.

La mediana de la intensidad mínima del dolor, en una escala de 0 a 10, fue de 4 (2.5 a 4.5) y la mediana de la intensidad máxima del dolor fue de 7 (5.5 a 8.5). Las zonas más referidas como el origen del dolor fueron la zona lumbar (29.4%, n = 5) y el abdomen (17.6%, n = 3).

En cuanto al dolor neuropático, el 85% de los pacientes con dolor crónico informó características de dolor neuropático y el 45% presentó criterios diagnósticos de dolor neuropático. Los síntomas referidos con más frecuencia fueron una sensación quemante en el 30%, electricidad en el 40%, cosquilleos en el 70% y parestesias en el 60%. El 45% presentaba 4 o más características de este tipo de dolor.

Los pacientes con dolor crónico tuvieron una mediana total del índice de discapacidad por dolor de 20.50 (14.5 a 35) y un puntaje promedio de la CVRS de 0.5338 en los pacientes con dolor crónico y de 0.8872 en aquellos sin dolor. Se observó que el dolor crónico fue el principal factor predictivo negativo de la CVRS y se asoció con la disminución de la funcionalidad.

Discusión y conclusión

Según los autores, los resultados de este estudio indicaron que aproximadamente una cuarta parte de los pacientes sobrevivientes de cáncer presentaron dolor crónico. De ellos, el 85% informó la presencia de al menos un descriptor de dolor neuropático y el 45% presentó criterios diagnósticos de este dolor. Menos de la mitad de los pacientes con dolor crónico se sometieron a seguimiento médico y solo algo más de un tercio recibió terapia analgésica. Se verificó un impacto en el índice de discapacidad y la CVRS. El dolor crónico fue el principal predictor negativo de la CVRS. La demostración de prevalencia significativa de dolor crónico en los sobrevivientes de cáncer evaluados, así como su impacto negativo en la funcionalidad y la calidad de vida, señalaron la necesidad de concientizar a los profesionales de la salud. Es importante dimensionar la importancia del diagnóstico y el tratamiento oportunos del dolor, la necesidad de llevar a cabo estudios adicionales y más exhaustivos al respecto, la funcionalidad y la calidad de vida de

los pacientes sobrevivientes de cáncer, así como de cambiar la práctica clínica para proporcionar una mejor atención a largo plazo a este grupo.

Este estudio tuvo algunas limitaciones, como el número escaso de participantes en la muestra analizada y la inclusión de los pacientes seguidos solamente por el servicio de oncología. Por ello, los resultados no pueden extrapolarse a la población general de pacientes con cáncer.

En conclusión, los resultados de este estudio ponen de manifiesto la necesidad de concienciar a los profesionales de la salud sobre la importancia del diagnóstico y el tratamiento oportunos del dolor y su impacto en la CVRS y la funcionalidad a largo plazo de los sobrevivientes de cáncer, así como la necesidad de cambiar la práctica clínica para mejorar la atención prestada a estos pacientes.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/169527

5 - Efectos de las Medidas de Distanciamiento Social por COVID-19 en Individuos con Dolor Crónico en las Últimas Etapas de la Cuarentena

Miró J, Sánchez-Rodríguez E, Ciaramella A y colaboradores

Universitat Rovira i Virgili, Cataluña, España; GIFT Institute of Integrative Medicine, Pisa, Italia y otros centros participantes

[Effects of COVID-19 Social Distancing Measures in Individuals with Chronic Pain Living in Spain in the Late Stages of the Lockdown]

International Journal of Environmental Research and Public Health 18(22):11732, Nov 2021

Los pacientes con dolor crónico informaron dificultades para conseguir el alivio del dolor debido a la cuarentena implementada en España. La intensidad del dolor fue superior en las mujeres. La percepción de la salud y la calidad de vida fueron buenas y mejores en participantes con mayor nivel de estudios y económico.

El dolor crónico (DC) es un problema sustancial en la salud pública. Los factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en él según el modelo psicosocial. Diversas investigaciones demostraron que el apoyo social se asoció con la funcionalidad física y psicológica de los individuos con DC.

La pandemia por enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y las medidas de distanciamiento social produjeron un impacto significativo en las personas en todo el mundo, especialmente en aquellas con enfermedades preexistentes, como el DC.

Se halló que el aislamiento social se asoció con mayor impacto del dolor en la funcionalidad y la adaptación de los pacientes y que el apoyo social fue un factor de protección para la discapacidad en esta población. Otras variables del ámbito social, como el nivel económico y la educación, también se asociaron con el DC.

Si bien las medidas de distanciamiento social durante los períodos iniciales de la cuarentena fueron

necesarias para el control de la COVID-19 en todo el mundo, las investigaciones publicadas demostraron que se asociaron con mayor riesgo para las personas con DC, como el relacionado con la falta de atención médica, la intensificación del dolor, el impacto emocional y la fatiga.

Durante las primeras fases de la cuarentena, los pacientes no recibieron siempre tratamiento porque los profesionales de la salud estaban enfocados en la COVID-19 o porque no concurrieron a los hospitales por temor a la infección.

En conjunto, los hallazgos de los estudios disponibles indicaron que las medidas de distanciamiento social durante la cuarentena tuvieron un impacto negativo en la funcionalidad física, psicológica y social de los pacientes con DC. Según los autores, estos estudios se centraron en las primeras etapas de las cuarentenas nacionales.

El objetivo de este ensayo fue mejorar la comprensión de los efectos resultantes de las medidas de distanciamiento social frente a la COVID-19 en los individuos con DC residentes en España durante las últimas etapas de la cuarentena.

Métodos

Los criterios de inclusión para el presente estudio fueron residir en España durante la cuarentena, presentar DC, tener acceso a internet, edad de 18 años o más, saber leer y escribir en español y dar un consentimiento informado.

El DC se definió como el dolor presente durante al menos 3 meses, según la definición de la *International Association for the Study of Pain*.

Para reunir la muestra de participantes se utilizaron redes sociales (como *Facebook* y *Twitter*) para publicitar el estudio y distribuir un enlace a una encuesta en línea disponible entre el 3 de junio y el 30 de julio de 2020. Los participantes proporcionaron información sobre los aspectos sociodemográficos, el dolor, la fatiga, la salud percibida y la calidad de vida.

Se determinó la influencia de las medidas de distanciamiento social sobre la experiencia del dolor (la intensidad de los episodios) y el tratamiento recibido (el alivio obtenido), la fatiga y cualquier cambio en el dolor y la fatiga en comparación con la situación previa al aislamiento. También, se evaluó cómo percibían su salud y su calidad de vida y si estas variables (dolor, fatiga, salud percibida y la calidad de vida) se asociaron con las características demográficas (sexo, edad) y sociales (educación, estado civil e ingresos mensuales del hogar).

Resultados

Un grupo de 361 adultos con dolor respondió a la encuesta en línea; 243 tenían DC. La muestra se conformó mayoritariamente por mujeres (86%), con estudios universitarios (61%), casados o que vivían con su pareja (52%) y con una edad promedio de 40.95 años (desviación estándar [DE]: 15). La mayoría de los participantes perteneció a los grupos económicos de clase media y alta (67%).

Los participantes informaron una intensidad promedio del dolor de 5.08 (DE: 1.97), con una tendencia hacia el extremo superior de la escala. Una intensidad de 5 en una escala de 0 a 10 se considera dolor moderado y merece tratamiento. También, los participantes informaron interferencias en el tratamiento del dolor y un número significativo, el aumento de la intensidad del dolor durante el confinamiento ($n = 109$; 45%). Del mismo modo, a pesar de que la fatiga se informó en el rango inferior, la mayoría de las personas señaló que esta empeoró durante el aislamiento ($n = 149$; 62%). A pesar de ello, los participantes se percibieron con buena salud y buena calidad de vida.

En cuanto al sexo, se demostró que solo hubo diferencias significativas en los puntajes de intensidad y que las mujeres informaron mayor intensidad del dolor. Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas asociadas con la edad para el resto de las variables del estudio (intensidad del dolor, fatiga, salud percibida y calidad de vida).

Los participantes con estudios universitarios informaron una mejor percepción de la salud, estadísticamente significativa, que los individuos sin estudios o con estudios básicos ($p = 0.045$) y una mejor calidad de vida que los individuos con estudios secundarios ($p = 0.020$). En cuanto a los ingresos mensuales del hogar, a menores ingresos familiares mensuales se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la fatiga ($p = 0.019$) y la calidad de vida percibida ($p = 0.016$).

Los autores señalan que de esta investigación se pueden extraer dos hallazgos clave: en primer lugar, la intensidad del dolor y la fatiga fueron moderadas y los participantes informaron dificultades importantes para conseguir el alivio del dolor debido al distanciamiento social y a las diversas medidas de salud pública aplicadas en España. Sin embargo, la percepción de la salud y la calidad de vida fueron buenas. En segundo lugar, los datos no mostraron diferencias relacionadas con la edad en los criterios de valoración (intensidad del dolor, fatiga, salud percibida y calidad de vida). Sin embargo, las mujeres informaron puntajes más altos en la intensidad del dolor, aunque no se observó que el sexo afectara las demás variables.

Los participantes con mayor nivel de estudios y económico manifestaron una mejor percepción de la salud y la calidad de vida. Estos resultados fueron congruentes con los estudios que demostraron que durante el confinamiento los individuos con DC tuvieron menor capacidad para el tratamiento del dolor y acceso restringido a la atención de salud. También, concordaron con ensayos anteriores que indicaron que las medidas de distanciamiento social durante el aislamiento se asociaron con el empeoramiento de la fatiga, la intensidad del dolor y las dificultades para acceder al tratamiento



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

del dolor entre los pacientes con DC. Además, las investigaciones publicadas indicaron que el impacto en la salud de la pandemia por COVID-19 fue superior en las personas con DC que en la población general.

Este estudio demostró que este impacto es duradero y, por lo tanto, es necesario elaborar estrategias específicas para esta población.

En conclusión, los resultados obtenidos indicaron que se debe prestar especial atención a los pacientes con DC durante las crisis sanitarias de emergencia como la actual. En especial en las mujeres, se comprobó que los menores ingresos familiares mensuales y un menor nivel de educación se asociaron con mayor dolor y fatiga.

Esta crisis mundial de salud brindó la oportunidad de identificar las necesidades estratégicas y las desigualdades básicas, como el acceso a los servicios médicos y el enfoque adecuado en la atención al dolor, que deben abordarse.

Como limitaciones de este estudio, los investigadores señalan el tamaño relativamente pequeño de la muestra y el diseño, que no permitió obtener asociaciones causales.

Se necesitan más trabajos, idealmente con un tamaño más grande de muestra, para establecer la validez de los hallazgos. Con respecto al diseño del estudio, permitió evaluar las asociaciones concurrentes entre las variables del estudio, pero no las causales.

A pesar de sus limitaciones, los resultados del presente estudio proporcionaron información adicional sobre la importancia de los efectos a largo plazo del confinamiento social durante la cuarentena en pacientes con DC.

Las conclusiones pueden utilizarse para informar sobre las políticas y las respuestas específicas para futuras oleadas de COVID-19 y pandemias en las que se deban aplicar medidas de distanciamiento social.

Amplíe el contenido
del ejemplar impreso.

Acceda
a la *edición virtual* de
Temas Maestros



Ingresa a

www.siicsalud.com/cis/td-tm.php

Actualícese en castellano,
con artículos originales
e informes seleccionados por expertos
provistos por las mejores fuentes internacionales.



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

Originales destacados

Los resúmenes de la sección Originales destacados corresponden a estudios publicados en prestigiosas revistas internacionales, clínicas o especializadas. La extensión promedio de cada trabajo de esta sección es de una página.

6 - Eficacia del Etoricoxib en la Artrosis de Rodilla

He W, Wu Y, Huang Z y colaboradores

American Journal Of Translational Research 13(8):9586-9592, 2021

La artrosis de rodilla es una enfermedad crónica que genera inflamación o dolor articular y trastornos en el movimiento. Su prevalencia aumenta con la edad y es una de las causas principales de discapacidad en la población anciana. Los antiinflamatorios no esteroides se utilizan como primera línea de tratamiento clínico. Se ha demostrado que el celecoxib alivia el dolor y retrasa la progresión de la enfermedad en pacientes con gonartrosis. Por su parte, el etoricoxib es un inhibidor altamente selectivo de la ciclooxigenasa-2 (COX-2) que ejerce efectos antiinflamatorios y analgésicos. La inflamación se considera un factor de riesgo que favorece la progresión de la artrosis y se relaciona de manera estrecha con la pérdida del cartílago y los síntomas clínicos de la artrosis. Los mediadores inflamatorios regulan el daño del cartílago osteoartrotrítico y los defectos del mecanismo de reparación.

El microácido ribonucleico (miARN) es un ARN no codificante que regula la expresión proteica y participaría en la aparición de una variedad de enfermedades inflamatorias y autoinmunes, así como en la de la artrosis. Los estudios previos indicaron que el miARN-214 regula la función de los osteoclastos en el proceso de remodelación ósea osteoporótica. Cuanto más alto es el nivel de miARN-214 en suero, más grave es la artrosis.

El objetivo del presente estudio fue analizar el efecto del etoricoxib sobre el nivel de expresión del miR-214 sérico y la reacción inflamatoria en pacientes con gonartrosis.

Esta investigación se realizó en un hospital de China entre enero de 2019 y enero de 2020. Se incluyeron 96 pacientes con gonartrosis. Se excluyeron aquellos con otras enfermedades articulares, autoinmunes u oncológicas; trastornos hepáticos, renales, cardiacos; enfermedades psiquiátricas; así como mujeres embarazadas o en periodo de lactancia; y pacientes que hubieran recibido algún tipo de tratamiento para la gonartrosis en los 30 días previos.

Los participantes fueron divididos en grupos iguales para recibir 200 mg de celecoxib dos veces por día, por vía oral (grupo control), o 120 mg de etoricoxib una vez por día (grupo de observación). Ambos grupos fueron tratados durante 3 meses. El efecto del tratamiento se analizó y clasificó según la eficacia. El nivel de expresión de miR-214 en suero se determinó antes y después del tratamiento; lo mismo sucedió con los niveles séricos de

interleuquina (IL)-1beta, factor de necrosis tumoral (TNF) alfa y proteína C-reactiva de alta sensibilidad (PCR-as). Para evaluar la función inmunológica se estudiaron los niveles de linfocitos CD3⁺ CD8⁺ y los linfocitos CD3⁺ antes y después del tratamiento. El puntaje de Lysholm se utilizó para evaluar la función de la rodilla antes, al mes y a los 3 y 6 meses después del tratamiento. Después de 6 meses se comparó la incidencia de complicaciones (deformidades, infecciones profundas y dolor intenso) entre los grupos.

Se incluyeron 96 pacientes; cada grupo tuvo 48 participantes. La información general no fue estadísticamente diferente entre los grupos (sexo, edad, curso de la enfermedad e índice de masa corporal; $p > 0.05$).

El grupo de observación tuvo una tasa de eficacia total más alta (93.75%) en comparación con el grupo control (72.92%) ($p < 0.05$). El nivel de expresión de miARN-214 en suero de los dos grupos fue similar antes del tratamiento ($p > 0.05$), pero después de la terapia disminuyó significativamente, con una reducción más marcada en el grupo de observación ($p < 0.05$). Los niveles de IL-1beta, TNF-alfa y PCR-as no fueron estadísticamente diferentes entre los grupos antes del tratamiento ($p > 0.05$), en tanto que después estas concentraciones disminuyeron, con una reducción mayor en el grupo de observación ($p < 0.05$). Los niveles de linfocitos CD3⁺ CD8⁺ y linfocitos CD3⁺ no fueron estadísticamente diferentes entre los grupos antes del tratamiento ($p > 0.05$), pero luego de este aumentaron, y el incremento fue mayor en el grupo de observación ($p < 0.05$). La funcionalidad de la rodilla fue mayor en el grupo de observación respecto del grupo de control ($p < 0.001$), en tanto que el puntaje de Lysholm de ambos grupos tendió a aumentar con el tiempo ($p < 0.001$). La agrupación y el tiempo demostraron un efecto interactivo ($p < 0.001$). La tasa de complicaciones de los pacientes del grupo de observación fue menor que la del grupo de control durante los 6 meses posteriores al tratamiento ($p < 0.05$).

La artrosis de rodilla no solo es una enfermedad degenerativa del cartílago articular, sino que también los condrocitos, bajo la acción de la inflamación, reducen la síntesis de proteoglicanos. Los síntomas más frecuentes de este trastorno son la inflamación, el dolor y la limitación en el movimiento de la articulación de la rodilla, que resulta en la reducción de la calidad de vida. Los factores inflamatorios celulares desempeñan un papel clave en el progreso de esta enfermedad.

El presente estudio demostró que, en pacientes con gonartrosis, el etoricoxib es más eficaz y reduce en mayor medida el nivel de expresión de miARN-214 y de los marcadores inflamatorios en sangre que el celecoxib. Además, los niveles de linfocitos en sangre

fueron mayores y se observó un mejor funcionamiento de la rodilla en pacientes tratados con etoricoxib que con celecoxib. La tasa de complicaciones de los pacientes tratados con etoricoxib fue menor que la de aquellos que recibieron celecoxib durante los 6 meses posteriores al tratamiento. El etoricoxib ejerce un efecto analgésico de larga duración y disminuye la inflamación en pacientes con osteoartritis de rodilla y, a su vez, mejora los síntomas clínicos de manera eficaz.

Los microARN regulan principalmente la expresión génica mediante la función del ARN mensajero posterior a la transcripción y están involucrados en la aparición y la evolución de las enfermedades ortopédicas. El miARN-214 está involucrado en el progreso de la osteoartritis de rodilla, promueve su aparición y evolución. Los niveles elevados de expresión de miARN-214 exacerbaban el daño del cartílago por osteoartritis de rodilla. El etoricoxib demostró que reduce el nivel de miR-214, lo que disminuye el daño del cartílago de la gonartrosis y retrasa la progresión de la enfermedad. Además de tener propiedades antiinflamatorias, etoricoxib inhibe algunas de las enzimas involucradas en la destrucción del cartílago; además, reduce significativamente la liberación de factores endotóxicos en los transmisores inflamatorios y las células dañadas, lo que ayuda a mejorar la función inmunológica del cuerpo. Este agente promueve la función de la articulación de la rodilla al mejorar el efecto curativo en general de la artrosis de rodilla. El etoricoxib es más seguro que otros antiinflamatorios no esteroides y es bien tolerado.

El etoricoxib ejerce un efecto terapéutico satisfactorio en pacientes con gonartrosis y reduce notablemente la expresión de miARN-214 y el nivel de los factores inflamatorios en sangre; esto lo hace útil en la clínica.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/163517

7 - Nivel de Comprensión sobre el Uso de Opioides en Pacientes de Cirugía Traumatológica Ortopédica

Xu AL, Dunham AM, Enumah ZO, Humbyrd CJ

Journal of Orthopaedic Surgery and Research 16(736), Dic 2021

Los cirujanos se encuentran entre los profesionales de la salud que más prescriben opioides, particularmente para el tratamiento del dolor posoperatorio. En los últimos años se han tomado diversas medidas en las diferentes especialidades quirúrgicas para educar a los médicos y sus pacientes sobre el uso apropiado de los opioides. En general, estas medidas se han centrado en las prácticas de prescripción, con resultados positivos. Sin embargo, el uso a largo plazo de opioides después de la cirugía sigue siendo alto. Algunos estudios sugieren la menor edad, el sexo femenino, el menor nivel de ingresos y la presencia de comorbilidades específicas como factores vinculados con el uso

prolongado de opioides (antecedentes de abuso de sustancias, entre otros). Además, es probable que el conocimiento por parte del paciente del uso apropiado de opioides desempeñe un papel importante, pero este tema no ha sido investigado en profundidad y existen brechas de conocimiento. La población con traumatismos ortopédicos es una de las que presenta mayor riesgo de uso indebido de opioides. Por ello, es importante determinar qué factores se asocian con conceptos erróneos sobre el uso de opioides en este grupo.

El objetivo del presente estudio fue evaluar, mediante una encuesta, el grado de comprensión sobre el uso de opioides en pacientes con traumatismos ortopédicos. Además, se buscó determinar los factores demográficos, clínicos y de experiencia personal asociados con el nivel de comprensión.

Los participantes se identificaron en clínicas de cirugía traumatológica ortopédica en dos sitios de una institución académica de los EE. UU. Todos los pacientes adultos (≥ 18 años) que visitaron las clínicas identificadas entre agosto de 2009 y noviembre de 2020 fueron invitados a participar de la presente encuesta anónima, voluntaria y en línea de 32 preguntas.


Se registraron variables demográficas, clínicas y de experiencia personal, así como percepciones en relación con el uso de opioides.

El criterio principal de valoración fue la comprensión de los pacientes sobre el uso de opioides, definida como la identificación y el reconocimiento correctos de los opioides de uso frecuente (buprenorfina, naloxona), los efectos secundarios, los síntomas de abstinencia y los métodos adecuados de descarte.

Los criterios secundarios de valoración fueron las creencias con respecto al tiempo hasta la dependencia, la seguridad del uso de analgésicos de venta libre con opioides, la comodidad con el uso de naloxona, el nivel de dolor subjetivo que requiere el uso de opioides, los efectos nocivos de los opioides y la confianza para usar con seguridad estos agentes. Además, se evaluó la percepción de la adicción y la discrepancia en esta percepción (la posibilidad de caer en la adicción de ellos mismos frente a otros). El reconocimiento de elementos identificados correctamente se definió como excelente cuando fue $> 85\%$ y deficiente, $< 55\%$.

Los datos de la encuesta se analizaron mediante estadística descriptiva. Las relaciones entre las características de los pacientes y las percepciones de opioides se identificaron mediante regresiones logísticas univariadas y multivariadas. Los modelos estadísticos se ajustaron por factores relevantes de confusión. Los análisis se realizaron con la versión 16.0 del *software* Stata.

Un total de 166 de 2352 pacientes invitados a participar completaron la encuesta (tasa de respuesta del 7%).

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

El 67% de los encuestados fueron mujeres. El 94% de los encuestados había recibido una prescripción previa de opioides, el 10% había recibido una prescripción previa de naloxona y el 11% usaba un opioide al momento de la encuesta. La mitad de los encuestados informó conocer personalmente a alguien que había consumido opioides, y el 19% de estos informó una autodependencia. El 21% de los participantes manifestó conocer a alguien que había tenido una sobredosis de opioides y el 4% había presentado una sobredosis. El 6% de los pacientes comunicó conocer estas situaciones.

El 21% de los encuestados demostró un excelente reconocimiento de los opioides más usados. El 10% tuvo un excelente reconocimiento de los efectos secundarios, el 30% de los síntomas de abstinencia y el 2.4% de los métodos de descarte adecuados. Mientras que el 11% de los pacientes tenía un reconocimiento deficiente de los opioides más usados, el 56%, el 33% y el 52% tenían un reconocimiento deficiente de los efectos secundarios, los síntomas de abstinencia y los métodos de eliminación, respectivamente. Además, el 34% creía que la dependencia tarda semanas o meses en manifestarse, y el 18% se sentía incómodo usando naloxona. Si bien los pacientes entendieron casi unánimemente que los opioides pueden volverse adictos, el 11% tenía una discrepancia en la percepción de la adicción. Casi todos los participantes (88%) declararon que solo tomarían un opioide para el dolor moderado a intenso. El 86% de los encuestados creía que actualmente sabían lo suficiente como para tomar opioides de manera segura.

En comparación con los pacientes blancos, los pacientes de otras razas tuvieron una probabilidad 7.8 veces mayor (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1.9 a 31) de percibir una discrepancia en la percepción de la adicción ($p = 0.004$). La situación laboral estratificada por nivel educativo también se asoció de forma independiente con el conocimiento de los efectos secundarios. Los pacientes empleados, con un nivel educativo más alto, tuvieron menos conocimiento sobre los efectos secundarios (*odds ratio* ajustado [ORa]: 0.06, IC 95%: 0.006 a 0.56; $p = 0.01$) y menos probabilidades de entender que la dependencia puede ocurrir dentro de las 2 semanas posteriores al inicio de los opioides (ORa: 0.28, IC 95%: 0.09 a 0.86; $p = 0.03$) que los sujetos que estaban desempleados. Los pacientes en el segundo cuartil del índice de privación del área (ADI [*area deprivation index*]) menos desfavorecido, estaban más informados sobre los efectos secundarios (ORa: 8.8, IC 95%: 1.7 a 46) y los síntomas de abstinencia (ORa: 2.7, IC 95%: 1.0 a 7.2; $p = 0.046$) que aquellos en el cuartil menos desfavorecido. Ningún otro dato demográfico se asoció significativamente con el nivel de comprensión del paciente.

Los participantes que usaban opioides al momento de la encuesta tuvieron 5.2 veces más probabilidades (IC 95%: 1.0 a 27) de comprender que es seguro tomar opioides con analgésicos de venta libre ($p = 0.046$). Los sujetos que conocían a alguien que consumía o había presentado una sobredosis de opioides tenían significativamente menos probabilidades de creer que otros, pero no ellos mismos, pueden volverse adictos (ORa: 0.24, IC 95%: 0.07 a 0.76; $p = 0.02$). Además, poseían mayor conocimiento sobre los síntomas de abstinencia (ORa: 2.6, IC 95%: 1.1 a 6.5; $p = 0.03$) y era más probable que entendieran que la dependencia puede manifestarse dentro de las 2 semanas posteriores al inicio de los opioides (ORa: 3.8, IC 95%: 1.5 a 9.8; $p = 0.005$). Ninguna otra experiencia clínica o personal se asoció significativamente con el nivel de comprensión del paciente.

La prescripción segura de opioides es un tema particularmente crítico para la cirugía traumatológica ortopédica. Es crucial mejorar el nivel de comprensión de los pacientes con respecto al uso de opioides.


El presente estudio destaca las brechas significativas que existen en la comprensión y los patrones de creencias preocupantes con respecto al uso de opioides para pacientes de cirugía traumatológica ortopédica, incluso sujetos de nivel socioeconómico alto. Los participantes demostraron tener conocimientos bastante sólidos de los opioides más usados, pero tenían escasos conocimientos de los efectos secundarios, los síntomas de abstinencia y los métodos adecuados de descarte. Esto destaca la necesidad de doblar los esfuerzos destinados a mejorar la educación del paciente con respecto al uso de estos agentes. Un subconjunto de los encuestados creyó que no podía volverse adicto a los opioides, incluso cuando reconoció el potencial adictivo para otros. Más de la mitad de los participantes entendió que la dependencia puede ocurrir dentro de las 2 semanas, y casi todos los pacientes informaron que no tomarían un opioide para niveles leves de dolor.

La raza se asoció de forma independiente con el nivel de comprensión, y los pacientes que se identificaron blancos tuvieron una probabilidad significativamente menor de tener discrepancias en la percepción de la adicción. Además, gran parte de la atención social y política reciente sobre la epidemia de opioides se ha centrado en esta población. Las minorías raciales pueden tener percepciones alternativas sobre el uso de opioides y el consumo.

A diferencia de otras investigaciones, en el presente estudio se observó que los sujetos con mayor nivel de educación y pertenecientes al cuartil del ADI menos desfavorecido, tuvieron niveles menores de conocimiento sobre el uso de opioides. Esto puede reflejar que los pacientes de menores recursos y de regiones geográficas más desfavorecidas están expuestos, con mayor frecuencia, a la prescripción de opioides, el consumo crónico y las sobredosis relacionadas en sus comunidades, lo que, a su vez, puede traducirse en mayor conocimiento. Los

participantes tuvieron niveles significativamente mayores de comprensión si usaban opioides al momento de la encuesta o si conocían a alguien que utilizaba estos agentes de forma indebida. Es posible que estos pacientes hayan sido informados por su médico o farmacéutico sobre el uso apropiado y los riesgos involucrados. Además, la epidemia de opioides en curso puede haber creado conciencia en los pacientes.

Los resultados del presente informe destacan la importancia de asesorar y proporcionar información al paciente sobre el uso de opioides, y registrar la experiencia clínica y personal con los opioides cuando se recopilan los antecedentes. Los pacientes que acuden a las clínicas de cirugía traumatólogica ortopédica tienen un bajo nivel de comprensión sobre el uso de opioides. Esto los coloca en mayor riesgo de abuso si reciben una prescripción. Los profesionales de la salud deben realizar intervenciones educativas más complejas con estos individuos para mediar el riesgo de uso indebido; además, se deben establecer mejoras en la educación general del paciente en todas las instituciones médicas.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/163520

8 - Necesidad de Pautas de Consenso sobre Técnicas Seguras y Eficaces para la Reducción Gradual de Opioides

Persico AL, Bettinger JJ, Strassels SA y colaboradores

Journal of Pain Research 14:3353-3358, Oct 2021

En la actualidad no existen pautas de consenso sobre la reducción o la suspensión segura y eficaz de los opioides; por el contrario, las normas disponibles se centran en estrategias seguras y eficaces de prescripción.

Según los especialistas, se necesitan pruebas sólidas para guiar las decisiones clínicas. Además, la limitación en el acceso a los medicamentos necesarios podría poner a los pacientes en peligro de abstinencia si la terapia se interrumpe abruptamente y aumentar la tendencia suicida.

Debido a la falta de recomendaciones basadas en pruebas y el desafío de la educación y la capacitación de los profesionales de la salud en la práctica clínica, la opinión de los médicos respecto de la reducción gradual de opioides (RGO) es variable, lo que podría aumentar el daño, la morbilidad y la mortalidad del paciente.

El objetivo de esta encuesta fue determinar el nivel de variación de los métodos de reducción de opioides mediante la comparación de las prácticas de los farmacéuticos, los médicos, los enfermeros y los asistentes médicos encuestados. Además, se analizó la motivación del prescriptor para reducir o suspender los opioides, determinar si hay una diferencia en el nivel de comodidad al reducir los opioides en equivalentes de miligramos de morfina (EMM) entre

los encuestados y evaluar la necesidad de crear un estándar de atención para la RGO.

Se realizó una encuesta en línea, voluntaria y anónima, de 9 preguntas, para reunir información de farmacéuticos, médicos, enfermeros y asistentes médicos de los EE. UU. que prescriben opioides de rutina o participan en la prescripción de los tratamientos crónicos con estos fármacos. La encuesta se difundió en redes sociales y las invitaciones para participar se enviaron por correo electrónico. Se reunió información sobre las características demográficas y las prácticas de los encuestados y la comodidad respecto de la RGO. Se proporcionó un cuadro con los opioides más recetados y EMM para mitigar la deficiencia de la calculadora de EMM y eliminar la variabilidad entre la interpretación de las preguntas por parte de los encuestados.

Los datos se analizaron con pruebas de *chi* al cuadrado, de Pearson y exacta de Fisher.

Entre el 19 de diciembre de 2018 y el 29 de enero de 2019, 149 sujetos respondieron la encuesta. El promedio de tiempo para completarla fue de 3 minutos. Los encuestados estuvieron bien distribuidos geográficamente. El 51% de los encuestados eran médicos; el 19%, farmacéuticos; el 20%, enfermeros y el 10%, asistentes médicos. El 55% se identificó a sí mismo como especialista en Dolor y el 11%, como especialista en cuidados paliativos. El 24% se desempeñaba en la práctica general. El 10% restante respondió que no se identificaba con "ninguna de las anteriores". Un total de 149 profesionales respondió la encuesta.

Menos del 50% de los participantes indicó que se sentía cómodo reduciendo los opioides en dosis superiores a 120 EMM por día, en tanto que el 15% respondió que no se sentía cómodo disminuyendo estos fármacos en ninguna dosis. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales de la salud en términos del nivel de comodidad en la reducción de opioides ($p = 0.288$).

Cuando se preguntó cómo abordaban la RGO en pacientes con una EMM de 60 o menos por día, el 34% de los encuestados respondió que dependía de la dosis diaria total y el 28.5% seleccionó el 10% a 19% de la dosis diaria total por la reducción. Para los pacientes con más de 60 EMM por día, el 38.5% de los encuestados manifestó que reduciría la dosis de manera mensual; el 19%, cada 2 semanas y otro 19% señaló que no seguía un patrón específico para la reducción.

Al evaluar el enfoque de los médicos para la RGO se halló que el 50% de los encuestados utiliza un opioide de acción o de liberación prolongada y un producto de acción inmediata, según sea necesario. El 32% de los participantes señaló que reducían la dosis del opioide de liberación prolongada y no suministraban un producto de liberación inmediata. Dos encuestados no contestaron esta pregunta.

También se preguntó si se prescribía algún agente farmacológico para mitigar los síntomas de abstinencia al efectuar la RGO. Aproximadamente, el 50% de los participantes respondió que no, mientras que el

38.5% señaló que indica un agonista del receptor alfa₂ adrenérgico. Un encuestado no respondió a esta pregunta.


El motivo más mencionado para reducir los opioides durante el último año fueron las nuevas pautas de los CDC (50%). La segunda razón más frecuente fue el mal uso de los opioides por parte del paciente (32%). La solicitud de los pacientes (29%) y las regulaciones de los seguros (29%) fueron el tercer motivo más frecuente identificado para reducir los opioides. Cuatro encuestados no contestaron a esta pregunta.

Los resultados de esta encuesta destacaron la incomodidad que sienten numerosos profesionales de la salud para la RGO y la amplia variabilidad tanto en el método como en la justificación de la acción. Se han publicado diversos métodos para la RGO: un estudio de 2018 sugería la toma compartida de decisiones y una disminución de la dosis del 5% a 20% cada 4 semanas, proceso que puede llevar meses o años. También se recomendaba una reducción del 10% por semana. Otra pauta sugería reducir la dosis diaria total en un 20% por semana si el paciente tenía riesgo. Asimismo, se ha propuesto agregar clonidina al protocolo de reducción de opioides para que el proceso sea más rápido, al disminuir los síntomas de abstinencia.

En el presente estudio se observó que pocos médicos utilizaron farmacoterapia para mitigar los síntomas de abstinencia, a pesar de que esta es una recomendación identificada en la bibliografía. En general, los protocolos de reducción gradual enfatizan en que cuanto más tiempo el paciente haya recibido opioides, más largo debería ser el intervalo entre las reducciones de la dosis. La falta de recomendaciones consensuadas probablemente sea responsable de la gran variabilidad entre las prácticas de reducción, y esto podría asociarse con el aumento de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el abuso de opioides. El hecho de que el 15% informó que no se sentía cómodo con la RGO, sumado a que los médicos de todos modos reducen la administración de opioides para sus pacientes, justifica el diseño de pautas de consenso de expertos. Además, se demostró que el nivel de comodidad del médico con la RGO no se correspondió únicamente con la dosis inicial o los EMM diarios. Las pautas de los CDC han impactado en la reducción de las dosis de opioides, aunque este no haya sido su propósito. Si estos organismos proporcionan recomendaciones sólidas, se obtendrán buenos resultados.

Los médicos requieren orientación para reducir las dosis de opioides de manera segura y adecuada. Los resultados de la presente encuesta demostraron que numerosos médicos no se sienten cómodos con la RGO y que existe variabilidad entre las prácticas de reducción. Esto destaca la necesidad de efectuar pautas de consenso sobre técnicas seguras y eficaces

de RGO. De manera ideal, un panel interdisciplinario de expertos en el tratamiento del dolor crónico debería formular estas pautas y recomendar una aplicación inteligente e individualizada para brindar una atención centrada en el paciente.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/163522

9 - Cómo y Cuándo Introducir Cannabinoides en Pacientes con Dolor Crónico Tratados con Opioides

Sihota A, Smith BK, O'Connell C y colaboradores

International Journal of Clinical Practice 75(8):e13871, Ago 2021

Los opiáceos se prescriben para el tratamiento del dolor crónico (DC). Sin embargo, el consumo indebido y excesivo por parte de los pacientes ha provocado una crisis de salud. El uso de cannabis medicinal, que contiene diferentes concentraciones de cannabinoides, como tetrahidrocannabinol (THC) y cannabidiol (CBD), para tratar el DC ha aumentado en los últimos años, porque ha demostrado ser eficaz y tiene menor riesgo de dependencia en comparación con los opioides. A pesar de que se han publicado pocos estudios al respecto, se considera el uso de cannabis medicinal para sustentar la reducción gradual de opioides (RGO) y el control del DC. No existen recomendaciones basadas en pruebas sólidas o consensuadas sobre el tema y numerosos pacientes se autoadministran cannabis para reducir la dosis de opiáceos sin orientación clínica. Los cannabinoides no están exentos de causar efectos secundarios y algunos pueden ser graves. Esto destaca la importancia de brindar orientación sobre cómo iniciar y dosificar los cannabinoides para reducir la dosis de opioides en pacientes con DC.

El objetivo de la presente investigación fue efectuar recomendaciones basadas en consensos sobre cuándo y cómo iniciar y titular de forma segura los cannabinoides en pacientes que reciben opioides, cuándo y cómo reducir gradualmente los opioides en presencia de cannabinoides y cómo monitorizar y evaluar los resultados clínicos en pacientes tratados con opioides y cannabinoides.

Para efectuar este documento de orientación y consenso y el algoritmo asociado se utilizó el proceso Delphi modificado de cinco pasos. El estudio se realizó entre julio y noviembre de 2019. Los participantes reunidos tenían amplia experiencia clínica en la prescripción y el tratamiento de pacientes con cannabis medicinal o en la investigación. Un comité de expertos de los EE. UU. y Canadá identificó las áreas de interés y posteriormente se emitieron recomendaciones consensuadas sobre cada una. Las áreas abordadas fueron cuándo y cómo introducir cannabinoides en pacientes con DC que reciben opioides, cuándo y cómo reducir gradualmente los opioides en pacientes con DC que reciben

cannabinoides y la evaluación de los resultados clínicos y la orientación sobre el control y la seguridad del paciente. Dentro de los cannabinoides se incluyeron el THC y el CBD, que son los más estudiados hasta el momento.

Se acordó que los médicos pueden considerar el uso de cannabis medicinal en pacientes con DC que reciben opioides en cualquier equivalente de miligramos de morfina (EMM), no alcanzan los objetivos de alivio del DC, experimentan efectos adversos relacionados con estos fármacos, tienen factores de riesgo de daño relacionados con los opioides, o todos estos. El objetivo de esta iniciativa de consenso no fue sugerir que todos los pacientes que reciben opioides deben reducir sus dosis. Si el paciente tiene antecedentes de psicosis o la paciente está embarazada o amamantando o ha tenido una reacción adversa a los cannabinoides, estos se deben evitar (especialmente el THC ante antecedentes de psicosis). Se recomienda el diálogo y la toma de decisiones compartida con el paciente y la evaluación cuidadosa de los beneficios y los riesgos asociados con la reducción gradual y la interrupción de los opioides. Además, antes de la introducción de cualquier fármaco adicional se deben intentar y maximizar las intervenciones de psicoterapia y fisioterapia para reducir el uso de opiáceos.

Hubo consenso en no tener restricciones de edad para el uso de CBD o THC. Las dosis altas de CBD son seguras en niños, aunque en una población diferente a los pacientes con características frecuentes de DC. Se debe tener cuidado con el empleo de THC en la población más joven, ya que el sistema nervioso no se desarrolla completamente hasta los 25 años. Aunque no se acordó una edad máxima, se debe tener en cuenta que las personas mayores son particularmente susceptibles a los efectos adversos de los opioides.

La forma preferida de administración de los cannabinoides en pacientes con DC que reciben opioides es la oral, en forma de extractos de aceite o cápsulas; también, se consideran las tinturas sublinguales. Se desaconseja fumar cannabis. Se acordó que, durante el día, el paciente debe comenzar con una dosis de CBD en un rango de 5 mg a 20 mg por vía oral. Para el THC, el rango de dosis inicial es de 0.5 mg a 3 mg y, posteriormente, aumentar de 1 mg a 2 mg cada una o 2 semanas para alcanzar los objetivos de alivio del DC. Se recomendó el CBD como cannabinoide de inicio para la dosificación diaria, en parte porque existe una sedación o intoxicación limitada asociada con su uso. Además, el CBD sin THC favorece la RGO y reduce la abstinencia de opioides.

No hubo consenso en qué tan alto se debe titular la dosis de CBD. Se puede agregar THC poco después del inicio del tratamiento con CBD si el paciente no alcanza los objetivos de control del DC. El sexo, la edad y las comorbilidades son factores para considerar al iniciar el tratamiento con THC. En pacientes con alto riesgo de daño relacionado con los opioides y cuando

se pueda hacer un seguimiento estrecho del caso, es apropiado comenzar de a poco pero introducir y titular cannabinoides.

Para el uso nocturno, no hubo consenso sobre la dosis de CBD o THC, o la proporción de distribución de THC:CBD. Para el dolor irruptivo se recomienda la vaporización de flores de cannabis secas con dispositivos clínicos aprobados.

Dependiendo del paciente, se sugiere comenzar la RGO cuando el dolor haya disminuido o se observa mejoría en la funcionalidad, la dosis de cannabinoides se ha optimizado o el paciente busca menos tratamiento "a demanda". No se recomienda disminuir los opioides al inicio del tratamiento con cannabinoides o con una dosis específica de cannabinoides. Al iniciar la RGO se acordó una reducción gradual del 5% a 10% del EMM de la dosis de opiáceos cada una a 4 semanas.

Durante la fase temprana de la administración conjunta de opiáceos y cannabinoides se sugiere realizar seguimiento de los pacientes una o 2 veces al mes hasta que el paciente logre estabilizarse y, posteriormente, cada 3 meses. Al considerar la seguridad del paciente que recibe opiáceos y cannabinoides, los médicos deben evaluar la abstinencia de opiáceos, su consumo indebido, los efectos adversos relacionados con los cannabinoides, el uso de otras drogas y los síntomas de psicosis.

La titulación de cannabinoides se detiene cuando se cumplen los objetivos del paciente, el tratamiento con cannabinoides alcanza una meseta de eficacia o si el paciente experimenta un evento adverso relacionado con estos agentes. Si el paciente tiene síntomas de abstinencia de opiáceos es posible ralentizar o pausar la RGO. Se acordó que la eficacia clínica cuando se titulan cannabinoides y se reducen los opioides se define para la mejora en la funcionalidad del paciente.

El cannabis se puede utilizar para apoyar la reducción o el cese del uso de opioides para el dolor; sin embargo, esta práctica no está respaldada por estudios de alta calidad ni existen recomendaciones claras sobre el tema. En el inicio y en la titulación de cannabinoides con la RGO se deben tener en cuenta las consideraciones personales del paciente. La justificación clínica del médico tratante y la evaluación individual del paciente son primordiales. La ventaja de estas recomendaciones es que permiten al profesional de la salud adaptar la estrategia de tratamiento con cannabinoides y opioides de forma individual. Además, es importante maximizar las intervenciones de fisioterapia y psicología antes de iniciar los cannabinoides o cualquier terapia farmacéutica adicional en pacientes tratados con opioides. Estas recomendaciones se basaron en la experiencia clínica y la opinión de expertos por la necesidad urgente del uso cada vez mayor de cannabinoides para reducir de forma gradual los opioides en pacientes con DC. Se notó la falta de educación de los profesionales de la salud en torno al uso seguro y eficaz del cannabis medicinal. Se recomienda completar el aprendizaje

sobre el tratamiento del DC con cannabis medicinal antes de prescribirla.

Estas recomendaciones basadas en consensos en torno a la introducción y la titulación de cannabinoides, junto con la RGO, deben evaluarse de manera prospectiva para examinar si se puede alcanzar la disminución objetivo de los opioides.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/169523

10 - Estudio HIP ATTACK de Cirugía Acelerada en Pacientes con Fractura de Cadera

Borges FK y colaboradores, HIP ATTACK Investigators

The Lancet 395(10225):698-708, Feb 2020

Se estima que más de 1.5 millones de adultos sufren fracturas de cadera (FC) cada año. El tratamiento no quirúrgico de la FC se asocia con menor probabilidad de que el paciente pueda volver a caminar; además, aumenta el riesgo de dolor crónico y de mortalidad. En los países con altos recursos, alrededor del 95% de las FC se aborda de manera quirúrgica. Los pacientes con FC sometidos a cirugía tienen mayor riesgo de mortalidad y de complicaciones graves, en comparación con los pacientes sometidos a reemplazo programado de cadera, de modo que las fracturas en sí mismas, y de manera independiente de la cirugía, parecen aumentar el riesgo de evolución clínica adversa.

Asimismo, los pacientes con FC tienen riesgo sustancial de complicaciones graves (cardiovasculares, infecciosas, hemorragia y deterioro cognitivo) y de mortalidad. Los estudios de observación sugirieron que la cirugía acelerada para la FC podría reducir el riesgo de mortalidad y de complicaciones graves. Las FC se asocian con dolor, hemorragia, inmovilidad, inflamación activa, estado de hipercoagulabilidad y catabólico y estrés, que pueden motivar complicaciones clínicas. La cirugía acelerada podría reducir el tiempo de exposición a estos estados deletéreos y, por ende, reducir el riesgo de complicaciones clínicas y de mortalidad. El estudio *Hip Fracture Accelerated Surgical Treatment and Care Track* (HIP ATTACK) se diseñó con el objetivo de conocer si la cirugía acelerada es superior a la estrategia convencional en pacientes con FC, en términos de la reducción del riesgo de mortalidad y de otras complicaciones graves.

El estudio HIP ATTACK fue una investigación internacional, aleatorizada y controlada, llevada a cabo en 69 hospitales de 17 países. Se incluyeron pacientes de 45 años o más con FC que requerían cirugía. Los participantes fueron asignados aleatoriamente (1:1) a cirugía acelerada (en el transcurso de las 6 horas que siguieron al diagnóstico) o a la estrategia estándar.

El criterio principal de valoración fue el parámetro integrado por las complicaciones graves (mortalidad, infarto agudo de miocardio no fatal, accidente

cerebrovascular, tromboembolismo venoso, sepsis, neumonía, hemorragia con compromiso vital y sangrado intenso) a los 90 días de la asignación a los grupos de tratamiento. Los pacientes, los profesionales y el personal conocían la estrategia asignada de terapia; sin embargo, los profesionales que adjudicaron los eventos desconocían el grupo de tratamiento. Los análisis se realizaron en la población por intención de tratar.

Entre marzo de 2014 y mayo de 2019 se evaluaron 27 701 pacientes; 7780 fueron aptos para el presente estudio. En total, 2970 fueron asignados aleatoriamente a cirugía acelerada (n = 1487) o a tratamiento convencional (n = 1483).

La mediana del intervalo entre la FC y la cirugía fue de 6 horas (rango intercuartílico [RIC] de 4 a 9 horas) en el grupo de cirugía acelerada y de 24 horas (RIC de 10 a 42 horas) en el grupo de la estrategia convencional (p < 0.0001).

Los índices de mortalidad fueron de 9% (n = 140) en el grupo de cirugía acelerada y de 10% (n = 154) en el grupo control (*hazard ratio* [HR]: 0.91; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0.72 a 1.14) con reducción absoluta de riesgo (RAR) de 1% (IC 95%: -1 a 3; p = 0.40).

Los índices de complicaciones graves fueron de 22% (n = 321) entre los pacientes asignados a cirugía acelerada y de 22% (n = 331) en el grupo control, con HR de 0.97 (IC 95%: 0.83 a 1.13) y RAR de 1% (-2 a 4; p = 0.71).

En pacientes con FC, la cirugía acelerada no se asocia con reducción significativa del riesgo de mortalidad o del parámetro integrado de complicaciones graves, en comparación con la estrategia estándar.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/167055

11 - Tratamiento Conservador de la Artrosis de Rodilla

Palco M, Fenga D, Traina F y colaboradores

Medicina (Kaunas) 57(3):232, Mar 2021

La artrosis de rodilla (AR) es frecuente y afecta a aproximadamente 250 000 000 de personas en todo el mundo. Esta enfermedad degenerativa articular causa dolor y limitación funcional, afecta la calidad de vida e incrementa el riesgo de incapacidad para moverse (necesidad de ayuda para caminar o subir escaleras); estos efectos afectan a las personas ≥ 65 años en mayor medida que cualquier otra enfermedad.

Aunque existen estrategias quirúrgicas y opciones no quirúrgicas para el tratamiento de la AR, en la actualidad no se cuenta con tratamientos para prevenir la degeneración del cartílago ni detener su avance. Las opciones no quirúrgicas incluyen la educación del paciente, la modificación en el estilo de vida, la rehabilitación y la farmacoterapia, que están dirigidas a reducir el dolor, la inflamación y

la discapacidad. Las infiltraciones intraarticulares con ácido hialurónico (AH) o con derivados de la sangre se emplean para controlar el dolor y restaurar la función articular. La introducción de AH heterólogo en la articulación afectada se denomina viscosuplementación; restaura las propiedades mecánicas del líquido sinovial, lo que brinda efectos analgésicos, antiinflamatorios y condroprotectores. El fundamento para el uso de los derivados de sangre es que proveen moléculas bioactivas que influyen de manera positiva el microambiente articular mediante la regeneración de los tejidos que se degeneran. El plasma rico en plaquetas (PRP) ha atraído atención debido a los factores de crecimiento que contienen los gránulos plaquetarios, que parecen inducir la regeneración del cartílago articular.

La eficacia clínica y la seguridad del PRP se han demostrado en varios estudios, especialmente en pacientes con cuadros leves y moderados de AR, aunque no se descarta su utilidad en cuadros graves en pacientes con contraindicaciones para el reemplazo quirúrgico. Los estudios *in vitro* recientes compararon el efecto del PRP sin leucocitos con el del PRP con leucocitos (PRP-L) en condrocitos humanos. *In vitro*, el PRP atenúa la producción de citoquinas inflamatorias pero, a la vez, reduce la producción de AH por parte de los condrocitos; de aquí la propuesta de utilizar el PRP asociado con AH. Los mecanismos moleculares de estos efectos aún no se han aclarado, y los estudios clínicos al respecto son escasos, por lo que la eficacia de esta estrategia terapéutica aún es limitada y discutible.

El objetivo de los autores de este estudio retrospectivo fue analizar los tratamientos intraarticulares recibidos por pacientes con AR entre 2017 y 2018, para comparar los resultados clínicos de aquellos que recibieron PRP + AH con los de los que recibieron PRP-L.

El estudio fue aprobado por el comité local de ética y los participantes firmaron un consentimiento informado. El diseño fue de observación y retrospectivo. Se evaluaron las diferencias de resultados entre los pacientes con AR tratados con PRP + AH y PRP-L asistidos en una institución de Messina, Italia, entre 2017 y 2018. El seguimiento de los pacientes se efectuó hasta 2019.

El diagnóstico de AR se estableció por criterios clínicos y radiológicos. Para clasificar la gravedad se utilizó el sistema de Kellgren-Lawrence (KL), que dispone que la artrosis es dudosa (grado I), leve (grado II), moderada (grado III) y grave (grado IV). El tratamiento intraarticular se indicó en los pacientes con dolor persistente, que no respondían a los antiinflamatorios y no presentaban trastornos de la coagulación.

Fueron excluidos los pacientes en estadios I y IV del sistema KL, con contraindicaciones para el procedimiento, traumatismo de rodilla, artritis, genu varo o genu valgo moderado, lesiones meniscales, infección articular, osteonecrosis, en tratamiento con corticoides en los últimos 3 meses, comorbilidad ósea

y antecedentes de cirugía de miembros inferiores o de columna vertebral.

Los pacientes recibieron 3 inyecciones intraarticulares en 30 días (el primer día y a los 15 y 30 días), junto con fisioterapia. El producto inyectado (PRP + AH o PRP-L) se preparó con una muestra de sangre del paciente y un método estandarizado.

Los criterios principales de valoración fueron el *Knee Society Score* (KSS), el *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score* (KOOS) y una escala visual analógica (EVA). Los pacientes fueron evaluados antes del tratamiento (T_0), a los 3 meses (T_1) y al año (T_2).

Las variables se informaron como valores y porcentajes o como medias \pm desviaciones estándares. Las diferencias entre los grupos se analizaron con la prueba de la *t* para muestras independientes y con la prueba de *chi* al cuadrado. Los cambios de los puntajes en el tiempo se analizaron con ANCOVA, con un análisis *post hoc* por pares. Para evaluar el efecto de los distintos tratamientos sobre los resultados se utilizó un modelo lineal general con corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples. La significación estadística se fijó en $p < 0.05$.

Después de aplicados los criterios de inclusión y de exclusión, se seleccionaron 51 pacientes para el análisis (23 con PRP-L, 28 con PRP + AH). El 53% eran mujeres y el 47%, hombres. Dieciocho pacientes (35.3%) tenían AR grado II y 33 pacientes (64.7%), grado III en el sistema KL. No hubo diferencias entre los grupos en la distribución por sexo y en el grado en el sistema KL. El grupo de PRP + AH tuvo una edad promedio más alta ($p = 0.002$).

Ambos grupos mostraron mejoría al año del tratamiento en la EVA y en el KSS y el KOOS. El grupo de PRP + AH obtuvo cambios significativos en la EVA y el KSS, mientras que el grupo de PRP-L lo hizo solo en la EVA. En el grupo de PRP + AH, los valores mejoraron significativamente en cada punto temporal (T_0-T_1 , $p < 0.001$; T_1-T_2 , $p = 0.006$), mientras que en el grupo de PRP-L se registró mejoría solo entre T_0 y T_1 .

La comparación entre los grupos de la variación en el KSS mostró un efecto del tratamiento significativamente mayor para el grupo de PRP-AH en T_1 y T_2 . No se observaron diferencias en el efecto del tratamiento para la EVA y el KOOS.

El estudio comparó en forma retrospectiva la eficacia de las inyecciones intraarticulares con PRP + AH y PRP-L en pacientes con AR de leve (grado II en el sistema KL) a moderada (grado III). Los resultados se registraron a los 3 meses del procedimiento y al año.

Se observó una mejoría significativa del dolor (EVA) en ambos grupos, con progresión de la mejoría entre los 3 meses y el año. El grupo de PRP + AH mostró mejoría significativa en el KSS, que evalúa la movilidad y la funcionalidad de la rodilla. La diferencia entre los grupos no fue significativa en el KOOS,



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

una herramienta que evalúa la habilidad funcional y la calidad de vida mediante un informe del propio paciente.

Recientemente, se han evaluado distintas formulaciones de PRP. Se considera que los productos presentes en este agente reducen la producción de citoquinas inflamatorias, mientras que el AH ejerce propiedades viscoelásticas, condroprotectoras, analgésicas y antiinflamatorias. En el caso de los leucocitos presentes en el PRP-L, estimulan la producción de AH. Si bien la inyección intraarticular de PRP y de AH por separado causa efectos beneficiosos, la eficacia del uso combinado es mayor. En cuanto a los efectos sobre la funcionalidad y la movilidad de la rodilla, el PRP + AH muestra mejoría continua hasta transcurrido un año, mientras que el PRP-L parece estabilizar sus efectos a los 3 meses.

Los investigadores estiman que el estadio de la enfermedad influye en el resultado del tratamiento. Los resultados adversos de la inyección intraarticular parecen asociarse con los grados III y IV del sistema KL (no se incluyeron en este estudio pacientes con enfermedad grado IV).

Algunas de las limitaciones de este estudio mencionadas por los investigadores fueron, en primer lugar, la metodología retrospectiva, con puntajes obtenidos una única vez; en segundo lugar, los tratamientos concomitantes no se registraron sistemáticamente; en tercer lugar, la ausencia de seguimiento luego del año; por último, la falta de comparación con placebo.

En conclusión, la inyección intraarticular de PRP + AH mostró mejores resultados que la inyección de PRP-L en la funcionalidad y la movilidad de la rodilla en pacientes con AR. Los efectos beneficiosos se prolongaron hasta el año posterior al procedimiento.



Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/169533



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

Contacto directo con expertos

Utilice el formulario para realizar consultas profesionales a los integrantes de los comités científicos, columnistas, corresponsales y consultores médicos de SIIC. En caso de inconveniente o limitación del médico requerido, el pedido se deriva al especialista que consideremos mejor relacionado con el tema. Recomendamos formular preguntas concisas para facilitar respuestas precisas. Las consultas a expertos de habla no hispana o portuguesa deben redactarse en inglés. SIIC supervisa los textos en idioma inglés para acompañar a los lectores y facilitar la tarea de los expertos consultados.

Médico o institución consultante
 Correo electrónico (e-mail).....
 Domicilio profesional
 C.P. Localidad País Teléfono
 desea consultar al Dr.....lo siguiente:

.....

(en caso de que el espacio de consulta resulte insuficiente, amplíela en una página adicional)

.....
 Firma

.....
 Aclaración

Las solicitudes de artículos, consultas a bases de datos, etc., no corresponde canalizarlas por Contacto Directo.

con autores distinguidos

Para relacionarse con los autores cuyos artículos fueron seleccionados en esta edición, cite a la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) y a la colección Temas Maestros.

TM N°	Título	Dirección
A	Factores que pueden provocar lesiones graves...	● Dr. R. Torres González. Hospitales de Traumatología y Ortopedia de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Ciudad de México, México
1	Efecto de los Opioides sobre la Mortalidad...	● Dr. J. Il Yoo. Gyeongsang National University Hospital, Department of Orthopaedic Surgery, Jinju, Corea del Sur
2	Número Necesario Longitudinal de Pacientes...	● Dr. P. M. Peloso. Whitehouse Station, Nueva Jersey, EE. UU.
3	Las Reducciones Institucionales...	● Dr. D. A. Bloom. NYU Langone Health, New York, EE. UU.
4	Dolor Crónico, Funcionalidad y Calidad ...	● Dr. J. Poço Gonçalves. Universidade do Porto, Porto, Portugal
5	Efectos de las Medidas de Distanciamiento...	● Dr. J. Miró. Universitat Rovira i Virgili, Research Center for Behavior Assessment (CRAMC), Unit for the Study and Treatment of Pain—ALGOS, Department of Psychology, Cataluña, España
6	Eficacia del Etoricoxib en la Artrosis de Rodilla	● Dr. Z. Huang. Shandong University Jinan, The Second Hospital, Cheeoo College of Medicine, Shandong Province, China
7	Nivel de Comprensión sobre el Uso ...	● Dra. C. J. Humbyrd. University of Pennsylvania, Department of Orthopaedic Surgery, Filadelfia, Pensilvania, EE. UU.
8	Necesidad de Pautas de Consenso...	● Dra. A. L. Persico. Shields Health Solutions, Stoughton, EE. UU.
9	Cómo y Cuándo Introducir Cannabinoides...	● Dra. C. O'Connell. Stan Cassidy Centre for Rehabilitation, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Fredericton, Canadá
10	Estudio HIP ATTACK de Cirugía Acelerada...	● Dra. F. K. Borges. Population Health Research Institute, Department of Perioperative Medicine, Hamilton, Canadá
11	Tratamiento Conservador de la Artrosis...	● Dr. G. C. Basile. University of Messina, Department of Biomedical, Dental and Morphological and Functional Images, Section of Orthopedics and Traumatology, Messina, Italia

Autoevaluaciones de lectura

Por cada artículo de la sección Reseñas destacadas se formula una pregunta, con cinco opciones de respuesta. La correcta, que surge de la lectura atenta del trabajo, se indica en el sector Respuestas Correctas, acompañada del fundamento escrito por el especialista que elaboró la pregunta.

TM N°	Enunciado	Seleccione sus opciones
1	¿Qué efecto tiene el uso de opioides dentro de los 6 meses previos a la cirugía y en los 3 meses posteriores a la cirugía en pacientes sometido a artroplastia total de cadera?	A) No afecta la mortalidad posoperatoria, pero el uso anterior de opioides es un factor de riesgo para su uso sostenido. B) Afecta la mortalidad posoperatoria. C) No es un factor de riesgo para el uso sostenido de opioides. D) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
2	¿Qué proporciona el análisis de los pacientes que responden al tratamiento y los números necesarios de pacientes a tratar en un ensayo clínico sobre terapias del dolor?	A) Una visión complementaria de los datos de eficacia. B) Facilitan las discusiones entre el médico y el paciente sobre los beneficios esperados. C) Información clínica. D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
3	¿Qué efecto tiene la reducción en los opioides prescritos después de la artroscopia de cadera sobre la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor posoperatorio?	A) No se asocia con diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor posoperatorio. B) Se asocia con la reducción de la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor posoperatorio. C) Se relaciona con la mejora en la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor posoperatorio. D) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
4	¿Cuál es la etiología del dolor en los sobrevivientes de cáncer?	A) Se relaciona con el tumor. B) Se asocia con la presencia de metástasis. C) Es un efecto secundario del tratamiento. D) No se vincula con el cáncer o su tratamiento. E) Todas las respuestas son correctas.
5	¿Qué efectos produjeron las medidas de distanciamiento social implementadas frente a la pandemia por enfermedad por coronavirus 2019 en los pacientes con dolor crónico?	A) El empeoramiento de la fatiga. B) El agravamiento de la intensidad del dolor. C) Dificultades para acceder al tratamiento del dolor. D) Se detectó un impacto negativo en la funcionalidad física, psicológica y social. E) Todas las respuestas son correctas.

Respuestas correctas

TM N°	Respuesta	Fundamento	Opción
1	No afecta la mortalidad posoperatoria, pero el uso anterior de opioides es un factor de riesgo para su uso sostenido.	Según una investigación realizada en Corea del Sur, en pacientes sometidos a artroplastia total de cadera, el uso de opioides dentro de los 6 meses previos a la cirugía y dentro de los 3 meses posteriores a la cirugía no afecta la mortalidad posoperatoria, pero el uso anterior de opioides es un factor de riesgo para su uso sostenido.	A
2	Todas las respuestas anteriores son correctas.	Según un análisis <i>post hoc</i> , el análisis de los pacientes que responden al tratamiento y los números necesarios de pacientes a tratar deben presentarse junto con los promedios de los resultados de un grupo en los ensayos clínicos, ya que brindan una visión complementaria de los datos de eficacia, facilitan las discusiones entre el médico y el paciente sobre los beneficios esperados y son más relevantes desde el punto de vista clínico.	D
3	No se asocia con diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor posoperatorio.	Según una investigación realizada en los EE. UU., la reducción en los opioides prescritos después de la artroscopia de cadera no se asocia con diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor posoperatorio.	A
4	Todas las respuestas son correctas	La etiología del dolor en pacientes sobrevivientes de cáncer puede estar relacionada con el tumor, la presencia de metástasis o como efecto secundario del tratamiento, pero también puede no asociarse con el cáncer o su tratamiento.	E
5	Todas las respuestas son correctas.	Las medidas de distanciamiento social durante el aislamiento por COVID-19 se asociaron con el empeoramiento de la fatiga, la intensidad del dolor y las dificultades para acceder al tratamiento del dolor entre los pacientes con dolor crónico. Se verificó un impacto negativo en la funcionalidad física, psicológica y social.	E