

## Revista de Revistas

Fernández, Rodrigo <sup>(1)</sup>.

**Prehospital Analgesia: Systematic Review of Evidence, Park C, Roberts D, Aldington D, et al: BMJ Military Health 2010;156:S295-300. <http://dx.doi.org/10.1136/jramc-156-04s-05>.**

### **Analgesia Prehospitalaria: Revisión Sistemática de la Evidencia.**

Los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud revelan que a nivel mundial mueren anualmente más de 5 millones de personas por lesiones tanto intencionales como no intencionales. Los accidentes de tránsito (24%), el suicidio (16%) y las caídas (14%), son las tres primeras causas más frecuentes de muerte. La atención prehospitalaria otorgada por los SEM (Servicio de Emergencia Médica) se moderniza en la década de los años setenta impulsada especialmente en Estados Unidos a través del Comité de Trauma del American College of Surgeons (ACS) y de NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians) a través de sus programas PHTLS (Prehospital Trauma Life Support), ATLAS (Advance Trauma Life Support) y AMLS (Advance Medical Life Support) entre otros. Este programa que se aplica en diversos modelos de atención prehospitalaria, entre los cuales se encuentra el SAMU de Chile y los equipos de rescate vehicular de los Bomberos de nuestro país, ha permitido por medio de un proceso de actuación sistematizado, mejorar notablemente la sobrevivencia de los accidentados desde que reciben la primera atención en terreno hasta que llegan a un hospital para su tratamiento definitivo. Al revisar el programa, sin embargo, probablemente por un tema de tiempo de atención y urgencia durante la evaluación primaria, poco se habla del manejo del dolor, salvo en el caso de fracturas de extremidades, donde se justifica la alineación de las extremidades entre otros motivos, para disminuir el componente Como anesthesiólogo, Bombero Voluntario e instructor NAEMT PHTLS, he creído necesario, revisar el tema de la olvidada analgesia prehospitalaria, ya que como miembros de ACHED-CP, sabemos que el dolor no tratado genera un sufrimiento innecesario, además de que muchas veces se traduce en cronificación del dolor, aportando múltiples componentes psicoemocionales y sociales en la vida de la persona. Al comenzar a investigar el tema, sin embargo, me he

dado cuenta de que, por diversos motivos que habrá que analizar en otra instancia, hay muy poco investigado y escrito al respecto. La literatura disponible mayormente se refiere a experiencias militares en el campo de combate y se encuentra asociada a las guerras de Vietnam y lo más reciente hace referencia a algunas pequeñas experiencias en Afganistán e Irak.

Para comenzar el análisis de la problemática descrita, parece adecuado analizar este primer artículo publicado en el BMJ el año 2010, respecto a revisión de evidencia en analgesia prehospitalaria. Se tomó en consideración la opinión de expertos militares y civiles para determinar las preguntas clínicas importantes. Hubo un alto grado de acuerdo en que: el dolor para su tratamiento no debe ser peor que leve, que el alivio del dolor debe ser rápido (en 10 minutos), que los pacientes deben responder a los estímulos verbales y no requerir soporte ventilatorio, debiendo evitarse los eventos adversos importantes. Veintiún estudios proporcionaron información sobre 6.212 pacientes, con los siguientes resultados de interés:

- Con el uso de los opioides, entre el 60 y el 70 % de los pacientes seguían teniendo niveles de dolor superiores a 30/100 mm en una escala analógica visual después de 10 minutos, y descendían a alrededor del 30 % a los 30 o 40 minutos.
- Los bloqueos anestésicos de la fascia ilíaca demostraron cierta eficacia para las fracturas femorales.
- Ningún paciente con opiáceos requirió soporte ventilatorio; dos requirieron naloxona; la sedación fue rara.
- La inestabilidad cardiovascular fue poco frecuente.
- Los principales eventos adversos fueron mareos o vértigo y prurito con opioides.
- Hubo poca evidencia respecto al uso prehospitalario de ketamina.

Se puede concluir de la literatura existente, que el material disponible en cuanto a analgesia prehospitalaria es bastante escaso, que no existen protocolos claros al respecto, que aunque en dolor crónico, cuidados paliativos y manejo del dolor intrahospitalario se ha avanzado mucho derribando barreras, en el sector prehospitalario persisten muchos mitos y desconocimiento respecto del tratamiento del dolor y especialmente en el uso de opioides. En pleno siglo XXI es inexcusable con los avances en tratamiento del dolor y fármacos analgésicos disponibles, que no nos preocupemos adecuadamente del sufrimiento de este tipo de pacientes.

(1) Anesthesiólogo, Cuidados Paliativos y Dolor  
Director Capítulo Chileno Paliativos sin Fronteras  
Consultor Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres  
Sector Salud.

**Management of chronic migraine, Alexandra Hovaguimian, Julie Roth: BMJ.10 de octubre de 2022; 379: e067670. doi: 10.1136/bmj-2021-067670.**

### **Manejo de la Migraña Crónica, Revisión.**

La migraña crónica es un trastorno neurológico asociado con una discapacidad considerable, la que se traduce en pérdida de productividad y gran carga económica en todo el mundo. Los últimos cinco años hemos podido apreciar una gran expansión de nuevos tratamientos para esta patología muchas veces desafiante para el médico clínico, entre ellos los antagonistas de péptidos relacionados con el gen de la calcitonina y dispositivos neuromoduladores. Esta revisión describe la epidemiología, los criterios de diagnóstico y los factores de riesgo de la migraña crónica. En ella se analizan los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos basados en la evidencia, sus ventajas, desventajas y los principios de la atención centrada en el paciente para adultos con migraña crónica, poniendo énfasis en el diagnóstico diferencial, comorbilidades, razonamiento clínico, inicio y seguimiento, costo y disponibilidad de las distintas terapias. Se evalúan las directrices internacionales sobre el tratamiento farmacológico y se evalúan los tratamientos no farmacológicos, incluidas las terapias conductuales, complementarias y las modificaciones del estilo de vida. Se finaliza la revisión analizando el manejo de la migraña crónica en poblaciones especiales, incluidos los pacientes pediátricos, las embarazadas y los adultos mayores. El artículo finaliza planteando preguntas para el futuro, relacionadas con investigaciones emergentes en este campo.

**Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute low back pain. Wendelien H van der Gaag , Pepijn Ddm Roelof, Wendy Tm Enthoven , Mauricio W van Tulder, art W. Koes. Rev. Database Cochrane. 16Apr2020;4(4):CD013581. doi: 10.1002/14651858.CD013581.**

### **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos para el dolor lumbar agudo.**

El dolor lumbar agudo (LBP) es un problema de salud común. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID, por sus siglas en inglés) a menudo se usan en el tratamiento del dolor lumbar, particularmente en personas con dolor lumbar agudo. En 2008, se publicó una revisión Cochrane sobre la eficacia de los AINE para el dolor lumbar (agudo, crónico y ciático), que identificó un efecto pequeño pero significativo a favor de los AINE en comparación con el placebo para la reducción del dolor a corto plazo y la mejoría global en participantes con dolor agudo. LBP. Esta es una actualización de la revisión anterior, que se centra en el dolor lumbar agudo.

Los objetivos del estudio fueron evaluar los efectos de los AINE en comparación con el placebo y otros tratamientos de comparación para el dolor lumbar agudo. Se realizaron búsquedas de ensayos controlados aleatorios (ECA) hasta el 7 de enero de 2020 en CENTRAL, MEDLINE, Embase,

PubMed y dos registros de ensayos. También se examinaron las listas de referencias de las revisiones relevantes y los estudios incluidos.

Esta revisión Cochrane actualizada incluyó 32 ensayos para evaluar la eficacia de los AINE en pacientes con dolor lumbar agudo. La calidad de la evidencia varió de alta a muy baja, por lo que es (muy) probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en las estimaciones del efecto y puede cambiar las estimaciones. Los AINE parecieron ligeramente más efectivos que el placebo para la reducción del dolor a corto plazo (certeza moderada), la discapacidad (certeza alta) y la mejoría global (certeza baja), pero la magnitud de los efectos es pequeña y probablemente no sea clínicamente relevante. No hubo una diferencia clara en la reducción del dolor a corto plazo (certeza baja) al comparar los inhibidores selectivos de la COX-2 con los AINE no selectivos. Se encontró evidencia muy baja de ninguna diferencia clara en la proporción de participantes que experimentaron eventos adversos tanto en la comparación de AINE versus placebo como en la comparación de inhibidores selectivos de la COX-2 versus AINE no selectivos. No fue posible establecer conclusiones acerca de los eventos adversos y la seguridad de los AINE para el uso a largo plazo, ya que solo se incluyeron ECA centrados principalmente en el uso a corto plazo de los AINE y un seguimiento corto.

**ABCs of the degenerative spine: Sergiy V. Kushchayev & Tetiana Glushko & Mohamed Jarraya & Karl H. Schuleri & Mark C. Preul & Michael L. Brooks & Oleg M. Teytelboym: Perspectivas de imágenes. 2018 abril;9(2):253-274. doi: 10.1007/s13244-017-0584-z. Epub 2018 22 de marzo. PMID: 29569215; IDPM: PMC5893484.**

### **ABC de la columna vertebral degenerativa:**

El objetivo de este artículo es revisar los hallazgos radiológicos que involucran los discos intervertebrales, las placas terminales, los cambios en la médula ósea, las articulaciones facetarias y el canal espinal en relación con la patogenia de los cambios degenerativos en la columna. Los hallazgos se describen en asociación con los síntomas clínicos que pueden causar, con una breve revisión de las posibles opciones de tratamiento. El artículo proporciona una revisión ilustrada sobre el tema como complemento para los tratantes de los diversos tipos de dolor que afectan a la columna. Los cambios degenerativos en la columna vertebral tienen una gran importancia médica y socioeconómica. La obtención de imágenes de la columna vertebral degenerativa es un desafío frecuente en radiología. La patogenia de este proceso degenerativo representa un continuo de alteraciones relacionadas biomecánicamente, que pueden identificarse con diferentes modalidades de imagen. Esta publicación es una excelente ayuda para un correcto diagnóstico y tratamiento del dolor de la columna.

### **Encuesta alemana sobre suicidio asistido: ¿cómo manejar esto? ¿Dónde se debe tener precaución? - Medscape - 16 de septiembre de 2022.**

Teniendo en consideración los debates surgidos en Chile sobre Eutanasia y Suicidio Asistido, he creído conveniente aportar con este artículo publicado en el mes de septiembre en MEDSCAPE, donde se presenta y analiza la situación legislativa por parte de la población alemana en relación a este controvertido tópico.

En el contexto de la legislación en curso sobre el suicidio asistido, la Sociedad Alemana de Hematología y Oncología Médica (DGHO) pide que se eliminen las emociones del debate. Actualmente, se encuentran en trámite tres proyectos de ley sobre suicidio asistido. En junio, el Bundestag alemán los discutió en una primera lectura. La DGHO cree que la discusión carece de "matices apropiados". Los datos de una encuesta publicada recientemente entre oncólogos pueden cambiar esto. Solo unos pocos oncólogos han realizado un suicidio asistido hasta la fecha. Las situaciones en las que surge la cuestión de la eutanasia son complicadas y difíciles de entender. También varían significativamente de un individuo a otro, según las circunstancias, la perspectiva y la enfermedad, señala la DGHO. De los 745 oncólogos que respondieron a la encuesta, solo 22 habían realizado suicidio asistido. Claramente, existe una gran necesidad de que los pacientes con cáncer estén informados sobre la posibilidad del suicidio. La información sobre el proceso suicida había sido solicitada al menos una vez por los pacientes al 57,5% de los oncólogos encuestados. En aproximadamente el 75% de los casos, fueron principalmente los pacientes que recibían cuidados paliativos para los que no había opciones terapéuticas los que solicitaban la prescripción de medicamentos suicidas. Aún así, para los 220 médicos que respondieron, en el 50 % de los casos relacionados con solicitudes de receta, los pacientes se encontraban en una situación crítica durante el tratamiento, y en el 30 % de los casos, los pacientes aún podían beneficiarse de los cuidados paliativos. "Aunque solo unas pocas personas consideren seriamente el suicidio asistido, asumimos que los médicos de hematología y oncología se enfrentarán a este tipo de preguntas con más frecuencia en el futuro", dijo el profesor Jan Schildmann, MD, PhD, autor de la encuesta y director del Instituto de Historia y Ética de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Martin Luther de Halle-Wittenberg. Sin embargo, los encuestados solo considerarían el suicidio asistido si el paciente en cuestión lo hubiera elegido libremente, aclaró casi el 85% de los 359 encuestados, y muchos también ven el sufrimiento incontrolable como un requisito previo.

#### **La libre responsabilidad como punto conflictivo.**

Sobre la cuestión de la libre responsabilidad, casi el 60% de los 698 encuestados apoyó las normas que exigen la opinión de un experto. Para el 35% de los encuestados, la opinión de un experto se consideró necesaria solo en algunos casos. La gran mayoría de los oncólogos encuestados cree que la consulta con las personas que desean morir debe ser realizada exclusivamente (alrededor del 35% de los 710 encuestados) u opcionalmente (alrededor del 45%) por médicos. "Por lo tanto, hay buenas razones

para no excluir a los médicos de consultar a las personas que desean morir", dijo Schildmann. "Desde una perspectiva ética, la libre responsabilidad es particularmente importante", dijo Schildmann a Medscape Medical News. "Por ejemplo, se debe tomar una decisión sobre el manejo de personas confundidas o aquellas que ya no son capaces de dar su consentimiento si desean morir". Por una cuestión de principio, se necesitan listas de criterios vinculantes, a través de los cuales se pueda decidir el uso de la libre responsabilidad, remarcó el especialista en ética. "Actualmente, la consulta se realiza en una amplia variedad de formas. Por supuesto, una cierta cantidad de variación nunca se puede evitar por completo. Sin embargo, debemos garantizar cierta comparabilidad de los criterios".

#### **En busca de criterios para el suicidio asistido.**

Según Carsten-Oliver Schulz, MD, miembro de la junta de DGHO, esto requiere un cuidado especial. Cree que hay que tener en cuenta "hasta qué punto la petición de suicidio asistido proviene de un sentimiento de soledad, por ejemplo". "Es entonces nuestra tarea como médicos encontrar posibles soluciones con el paciente en cuestión que ayuden a mejorar la situación específica". Schildmann ve un problema legal con los criterios que utilizarían los oncólogos encuestados al considerar la asistencia a un suicidio. Más del 80% de los 359 encuestados vieron el sufrimiento incontrolable como una condición adicional para la asistencia, además de la libre responsabilidad. "Sin embargo, en su decisión, el Tribunal Constitucional Federal alemán no considera en absoluto el sufrimiento intolerable como un requisito previo para el suicidio asistido", explicó Schildmann. "Por lo tanto, podría ser difícil encontrar un médico que ayude con el suicidio en caso de sufrimiento no incontrolable". Schildmann también considera particularmente importante que casi el 70% de los 536 encuestados solicitaron investigación sobre el suicidio asistido. "Los médicos claramente no asumen con esto que legalmente regularemos el asunto y luego crean, 'Funciona'", dijo Schildmann. "En su lugar, debemos pensar en la capacitación y la educación superior, así como en la documentación y el control de calidad. Solo de esta manera tendremos la oportunidad en 5 años de evaluar la decisión y, potencialmente, realizar los ajustes posteriores".

#### **Conflicto de Interés:**

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo.

Recibido el 02-11-2022, aceptado sin corrección para publicación el 04-11-2022.

Correspondencia a:  
Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo.  
Anestesiólogo. Medicina Paliativa.  
Past President ACHED-CP.  
Encargado Paliativos Sin Fronteras Chile.  
Santiago. Chile.  
E-mail: rodrigoached@gmail.com