

dieta baja en grasas, los autores establecen que no es clara la relevancia clínica de este resultado, como parte de los limitantes de este estudio se encuentran la ausencia de desenlaces cardiovasculares clínicos de importancia en el periodo de seguimiento (muerte, infarto al miocardio, evento vascular cerebral) y la ausencia de cegamiento por los dietistas.

Los resultados tienden a ser consistentes con otros estudios previos², sumándose este estudio al apoyo por intervenciones dietéticas enfocadas a la reducción de la ingesta de carbohidratos, es necesario que sean evaluados los desenlaces a largo plazo de estas intervenciones, las cuales podrían ser enfocadas a reducir los costos en salud y las consecuencias efecto de la obesidad presente en las sociedades industrializadas actuales.

REFERENCIAS

1. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
2. Hu T, Mills KT, Yao L, Demanelis K, Eloustaz M, Yancy WS, Kelly TN, He J, Bazzano LA. Effects of low-carbohydrate diets versus low-fat diets on metabolic risk factors: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. American Journal of Epidemiology 2012; 176 (Supplement 7): S44-S54.

Manejo del dolor persistente en pacientes geriátricos. Revisión Clínica.

Management of Persistent Pain in the Older Patient. A Clinical Review

Luis Enrique Colunga Lozano¹

PREGUNTA CLÍNICA. En pacientes geriátricos ¿cuál es la efectividad del tratamiento farmacológico y no farmacológico para el dolor persistente?

Fuente: Una E. Makris et al, Management of Persistent Pain in the Older Patient A Clinical Review. JAMA 2014; 312(8): 825-836.

Métodos. Validez Interna: Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline y en la base de datos de Cochrane para artículos de lenguaje en inglés, durante el periodo de enero de 1990 a mayo del 2014. Se incluyeron revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y consenso de expertos. Las recomendaciones fueron basadas en la literatura encontrada y en la experiencia clínica de los autores. Se incluyeron 26 ensayos clínicos aleatorizados, 9 meta análisis y 11 estudios no aleatorizados. **Validez Externa:** La población estudiada fueron adultos mayores, sin cáncer, con dolor crónico, persistente o refractario. Los principales diagnósticos encontrados fueron osteoartritis, dolor neuropático y dolor músculo esquelético en pacientes geriátricos no oncológicos.

Desenlaces. Evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico y no farmacológico en paciente geriátricos no oncológicos con dolor persistente.

Intervenciones. **Tratamiento Analgésicos:** Paracetamol, anti inflamatorios no esteroideos, anti inflamatorios tópicos, opiáceo débil y otros opiáceos. **Tratamiento adyuvante:** Antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes, inhibidores de los receptores de serotonina-norepinefrina y lidocaína tópica. **Tratamiento no farmacológico:** terapia cognitiva-conductual, acupuntura, meditación, masaje, auto educación, ejercicio, tai chi y yoga.

Resultados. Efectividad de los tratamientos farmacológicos en el paciente geriátrico no oncológico con dolor persistente.

Conclusiones. Las diferentes estrategias farmacológicas y no farmacológicas, tiene efecto sobre la presencia del dolor, rigidez y funcionalidad física en los pacientes geriátricos no oncológicos.

Comentario. En el presente artículo se realizó una revisión de la literatura sobre los tratamientos disponibles para el manejo del dolor persistente, en la población geriátrica no oncológica. A pesar de no ser un artículo original, el hecho de que los autores realizaran recomendaciones hace necesario realizar un análisis juicioso de la información que han presentado.

¹ Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. México.

Correspondencia: Dr. Luis Enrique Colunga Lozano Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. México. Correo electrónico: dr.colunga.lozano@gmail.com.

Intervención	Comparación	Desenlace	Resultados	IC 95 % o valor de p
Paracetamol	Placebo	Disminución del dolor	RR 0.21	0.02 – 0.41
Paracetamol	Otros AINES		Inferior	No reportado
AINES orales	Placebo	Disminución del dolor Discapacidad funcional	RR 0.32 RR 0.29	0.24 – 0.39 0.18 – 0.40
AINES tópicos		Disminución del dolor Mejoría física funcional Rigidez	RR 0.41 RR 0.44 RR 0.43	0.14 – 0.68 0.16 – 0.71 0.17 – 0.70
Tramadol		Disminución del dolor	Reducción en EVA 7 y 14 días	p = 0.002 y p = 0.01
Opiáceos		Disminución del dolor Discapacidad funcional	RR 0.56 RR 0.43	p = 0.001 p = 0.002

IC: Intervalo de confianza, RR: Riesgo relativo. EVA: Escala análoga visual del dolor.

Dentro de las limitaciones metodológicas del artículo podemos destacar:

1. Las recomendaciones fueron realizadas en base a una clasificación (Oxford) que no analiza de manera juiciosa la información, sólo la cataloga dependiendo del tipo de artículo de la cual fue extraída, infiriendo que el tipo de artículo reflejará la calidad de la investigación, sin ofrecer una clase de análisis o juicio. Esto pudiera sobre estimar o sub estimar los efectos terapéuticos de las intervenciones analizadas.
2. Dentro de las recomendaciones propuestas por los autores (en los cuadros de texto), éstas carecen de un análisis juicioso y crítico sobre la calidad de evidencia utilizada.

Efectividad de los tratamientos farmacológicos adyuvantes en el paciente geriátrico no oncológico con dolor persistente.

Intervención	Comparación	Desenlace y enfermedad	Resultados	IC 95 % o valor de p
Antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina)	Placebo	Disminución del dolor. (Neuropatía Diabética)	Disminución del 67%	No reportado
Anticonvulsivos (Pregabalina y Gabapentina)	No reportado		Disminución del 25% y 52%	
Inhibidores de la recepción de serotonina (Duloxetina)	Placebo		Disminución del 50% vs 26%	
Lidocaína tópica	No reportado	Severidad síntomas, dolor, rigidez y actividad funcionalidad (Osteoartritis de rodilla)	Mejoría del 50%, 40% 40% y 38% respectivamente	

IC: Intervalo de confianza.

Efectividad de los tratamientos no farmacológicos en el paciente geriátrico no oncológico con dolor persistente.

Intervención	Comparación	Desenlace y enfermedad	Resultados	IC 95 % o valor de p
Terapia cognitiva conductual	No reportado	Disminución del dolor. Mejoría funcional	RR 0.47 RR 0.15	p = <0.01 p = <0.05
Acupuntura	Controles Sham	Disminución del dolor Discapacidad funcional	SMD - 0.35 SMD - 0.35	-0.14 a -0.55 -0.15 a -0.56
Meditación	Grupo control	Disminución del dolor, inhabilidad y mejoría psicológica (lumbalgia crónica)	No reportado	No reportado
Masaje		Disminución del dolor, rigidez, mejoría funcional (osteoartritis)	RR 0.96, 0.31 y 0.74	No reportado
Programa de auto-educación		Disminución del dolor y mejoría funcional (osteoartritis)	-0.06 -0.06	-0.02 a -0.10 -0.02 a -0.10
Ejercicio		Disminución del dolor Mejoría funcionalidad física (Osteoartritis)	0.25 – 2.75	No reportado
Tai Chi	No reportado	Disminución del dolor, inhabilidad física, rigidez (Osteoartritis)	SMD - 0.86 SMD - 0.86 SMD - 0.53	-1.19 a -0.39 -1.20 a -0.53 -0.99 a -0.08
Yoga	Antes y después	Disminución del dolor Mejoría funcionalidad física	No reportado	No reportado

SMD: Standardized mean difference (diferencias de medias estandarizadas), RR: riesgo relativo

En la actualidad ya existen nuevas maneras de evaluar y analizar la literatura. La metodología GRADE, es una herramienta encargada de realizar un análisis transparente de la información, para poder generar recomendaciones para los profesionales de la salud. En esta herramienta se consideran diversos factores, los cuales tratan de catalogar la información dependiendo de la cantidad de sesgo que pueda tener, además de la calidad de la evidencia que esta información pueda generar. Al evaluar la evidencia se contemplará el riesgo de sesgo, la imprecisión e inconsistencia de los resultados, las comparaciones indirectas y el sesgo de publicación.

Si aplicamos esta metodología a los datos disponibles podemos documentar lo siguiente.

- Con la información brindada por el artículo, es imposible determinar todos los aspectos pertinentes respecto a los sesgos, (ocultación de la asignación de los participantes, personal, análisis estadístico, pérdida de datos, entre otros), pero sí podemos inferir por el tipo de búsqueda que realizaron, la ausencia publicaciones pertenentes para el tema, brindando un sesgo de selección de información.
- Al valorar la precisión de los datos, podemos observar que varios resultados contaban con el intervalo de confianza o en su defecto con el valor de p. Sin embargo no todas las intervenciones presentaban estas características, además no reportar el tamaño de la muestra de los estudios, el número de eventos ni la variabilidad de los mismos; estos factores pueden influir de manera importante en la expresión de dichos resultados, teniendo precaución

al tratar de reproducir las intervenciones estudiadas en nuestros pacientes.

Podemos observar que casi ninguna de las intervenciones realizaron comparaciones fármaco vs fármaco o intervención vs intervención, la mayoría fueron contra placebo o alguna clase de grupo control, además, no en todas las intervenciones se especificaba la población diana estudiada. Debido a esto, no podríamos discriminar de manera directa la superioridad terapéutica de dichas intervenciones, tendríamos que considerar los efectos secundarios ya conocidos y las características clínicas de los pacientes, al momento de decidir las intervenciones a aplicar en cada población.

Al observar los resultados en general, todas las intervenciones brindaron un cierto beneficio a los pacientes, lo que se debe de considerar es la incertidumbre que podría brindar tratar de reproducir dicha información en nuestra práctica diaria, debido a la falta de un análisis crítico de la información presentada.

REFERENCIAS

1. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ. GRADE guidelines-an introduction to the 10th-13th articles in the series. *J Clin Epidemiol.* 2013;66(2):121-3.
2. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011; 64(4):401-6.

Revisión sistemática con meta-análisis: estrategia transfusional

Systematic review and meta-analysis: transfusion strategies

Carlos A. Andrade-Castellanos¹

PREGUNTA CLÍNICA. Entre los pacientes hospitalizados ¿cuáles son los efectos de la estrategia transfusional restrictiva sobre la incidencia de infecciones asociadas con los cuidados de la salud? En comparación con la estrategia liberal.

Fuente: Rohde JM. Health care-associated infection after red blood cell transfusion: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2014;311(13):1317-26.

Métodos. **Validez Interna:** Revisión sistemática de 21 ensayos clínicos aleatorizados con diseño de grupos paralelos (8735 participantes). La búsqueda incluyó; MEDLINE, EMBASE, Web of Science Core Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials, ClinicalTrials.gov y otros registros internacionales de ensayos clínicos. La evaluación de la calidad de los estudios se realizó utilizando los siguientes criterios; ocultamiento de la secuencia de aleatorización, cegamiento, seguimiento y violaciones al protocolo. **Validez Externa:** Pacientes pediátricos y adultos de cirugía cardiaca (7 ensayos), cirugía ortopédica (6), en estado crítico

¹ Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. México.

Correspondencia: Dr. Carlos A. Andrade Castellanos, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. México. Correo electrónico: andrade7979@hotmail.com.