

Humanización de los Cuidados Intensivos: Un llamado a la acción durante y después del COVID-19.

Humanization of Critical Medicine and Intensive Care: A call for action amid and beyond COVID-19.

Autores: José F. Gómez-González¹, Valentina Cortés-López², Lenin Y. Basante-Muñoz², Katherine Gaviria-Zuluaga³, Mariana Blanco-Betancur⁴, Jorge A. Sánchez-Duque^{4,5*}.

Afiliaciones:

1. Departamento de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira - Clínica Los Rosales, Pereira, Risaralda, Colombia.

2. Enfermera profesional, especialista en Auditoría en Salud, Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, Risaralda, Colombia.

3. Enfermera profesional, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre, Pereira, Risaralda, Colombia.

4. Grupo de Investigación Epidemiología, Salud y Violencia. Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Risaralda, Colombia.

5. Grupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad. Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.

Contacto: Jorge A. Sánchez Duque.
jorandsanchez@utp.edu.co

Recibido: 05/09/2020.

Aceptado: 15/12/2020.

RESUMEN

En las últimas décadas, secundario al desarrollo científico y tecnológico, las prácticas de la medicina crítica y los cuidados intensivos se han caracterizado por alcanzar una mayor supervivencia asociada a prácticas poco humanizadas, la cual se enfoca de forma exclusiva en el manejo de una patología, dejando un vacío en importantes aspectos característicos de cada paciente y su familia. Actualmente, durante la pandemia de SARS-CoV-2, la implementación de prácticas de humanización para el paciente gravemente enfermo y sus familiares es una necesidad imperiosa para los sistemas de salud.

PALABRAS CLAVE: Calidad de la Atención de Salud; Cuidados Críticos; COVID-19; SARS-CoV-2.

ABSTRACT

In recent decades, due to scientific and technological development, the practices of critical care and intensive medicine have been characterized by achieving greater survival associated with practices that are not very humanized, which focuses exclusively on the management of a pathology leaving a gap in the aspects that are important for patients and relatives. Currently, during the SARS-CoV-2 pandemic, the implementation of humanization practices for the seriously ill patient and their families, it is a pressing need for health systems.

KEYWORDS: Quality of Health Care; Critical Care; COVID-19; SARS-CoV-2.

CONTEXTO

El advenimiento de nuevos avances científicos y tecnológicos en el cuidado de la salud ha generado un aumento en la supervivencia de la población, o más específicamente, una prolongación de la vida desde un 30% hasta un 90%, según el grado de desarrollo de cada país¹⁻⁴. Esta revolución tecnológica ha generado un fenómeno multifactorial de deshumanización de la práctica sanitaria, donde se ha provocado un distanciamiento de los aspectos que nos caracterizan como seres humanos¹⁻⁴. La necesidad de humanización se evidencia en múltiples ámbitos, tanto de la vida profesional como de las relaciones personales, y no solo en el campo de la salud, sino en muchas otras profesiones¹⁻³. No obstante, su aplicación tiene mayores implicaciones en salud, por lo cual, existen numerosos debates relacionados con la atención médica y la humanización, que, según la Real Academia Española (RAE), proviene de “humanizar”, que significa: “Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”⁴⁻⁷.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la opinión del usuario está relacionada con el principio de participación del consumidor, donde el objetivo principal es conocer su opinión y el grado de satisfacción para ajustar el servicio ofertado a expectativas y necesidades reales⁷⁻⁹. La satisfacción del beneficiario en relación con la atención recibida ha sido conceptualizada de diferentes maneras que han ido evolucionando a lo largo del tiempo, en este sentido, algunos autores afirman que tradicionalmente los profesionales en salud han asumido que lograban satisfacer las necesidades de los enfermos sobre una base de estándares y valoraciones profesionales que podían o no coincidir con las prioridades del paciente⁸⁻¹⁰. De esta manera, la opinión del enfermo sobre lo que realmente compensaba su condición clínica y emocional fue desconocida y poco considerada durante muchos años⁶⁻¹⁰.

Hoy en día, el concepto de humanización se refiere al abordaje integral de cada paciente donde interactúan las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y conductuales¹⁻⁶. Desde esta perspectiva, se entiende que para humanizar en salud es necesario un compromiso que logre englobar numerosos ámbitos: asistencial (cuidado y cuidador), ético, cultural, de competencias profesionales (comunicación, habilidades) e incluso de ambiente (espacios, bienestar, calidez). Por el contrario, la deshumanización significa despersonalización, y pone al proceso patológico como único objetivo de actuación sanitaria^{1-6,11}. De esta manera, aunque por lo general, el sistema de salud es bueno, no puede ser considerado excelente hasta que se considere el llamado “Cuidado De Lo Invisible” (CDLI), es decir, no solo la condición patológica, sino también el compromiso psicológico generado en pacientes, familiares y profesionales de la salud³⁻⁷.

UNIDAD DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO

La Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) nace cuando

se establece que los pacientes graves están mejor cuidados, agrupándolos en un área hospitalaria especializada y diseñada específicamente para personas críticamente enfermas, con alto riesgo de mortalidad y que requieren monitorización e intervención dirigida y permanente con el fin de modificar desenlaces clínicos^{7,12,13}.

El enfermo que se encuentra en una UCI diariamente se ve expuesto a distintas terapias necesarias para su recuperación, las cuales son vividas de manera distinta por cada paciente, por esta razón, algunos procedimientos rutinarios asociados al cuidado del paciente crítico, como los cambios de posición, cambio de pañal, el baño diario o la succión de fluidos por el tubo orotraqueal durante las terapias respiratorias pueden ser tormentosos para el paciente; mientras que en otros, su mayor miedo es no poder expresar cómo se sienten, no poder opinar sobre lo que habla el personal de salud o no tener una respuesta a sus dudas^{2,7}. De esta manera, el CDLI configura un conjunto de procesos subjetivos y aparentemente invisibles, que son determinantes para la calidad de vida de los pacientes críticamente enfermos. En contraparte, su desconocimiento genera un vacío en la aproximación terapéutica, que finalmente conlleva a una pérdida de la vocación del personal de sanidad^{1,2,7,12}.

Los pacientes que ingresan a UCI abandonan sus roles en la sociedad (familia, trabajo) para ingresar a un ambiente ruidoso, extraño y hostil, la mayor parte del tiempo privados de contacto con sus familiares, adoptando un papel pasivo donde dependen de equipos médicos y personal de salud, los cuales, constantemente les recuerdan la gravedad de su condición y la posibilidad de su muerte^{8-10,13}. Estas vivencias generan un impacto adicional al clínico, uno emocional, el cual se caracteriza por sensación de miedo, ansiedad, incertidumbre, impotencia, frustración, estrés, soledad, pérdida de dignidad y dependencia, por referir algunas⁶⁻¹⁰.

El resultado de la interacción en estas situaciones causa una de las mayores dificultades de la medicina moderna, llamada “deshumanización”, la cual es secundaria a la pérdida de la relación médico-paciente y la tecnificación del servicio. Por esta razón, no debemos olvidar que los enfermos críticos necesitan, además de su manejo médico, un enfoque holístico de su condición donde se busque el máximo bienestar físico, social y mental, e incluso, el de sus familiares y el del personal que allí labora, es decir, el CDLI^{4,7-9,13}. Conocer estas necesidades y entender las experiencias de cada uno de los implicados genera una estancia menos traumática y agiliza la recuperación, proceso establecido en el cuidado crítico, desde el 2001, como “Medicina Centrada en el Paciente (MCP)”^{14,15}.

Por las características especiales de los enfermos críticos (frecuentemente sedados y sin capacidad para comunicarse), cobra vital importancia la participación activa de sus familiares, quienes son considerados como “representantes” o “interlocutores válidos” ante los profesionales sanitarios para la recepción de noticias sobre la evolución del enfermo, pues son quienes

en muchos casos, tienen la responsabilidad de tomar decisiones con respecto a la salud del paciente¹³⁻¹⁵. Igualmente, los familiares se enfrentan a una compleja situación, pues súbitamente, un ser querido se encuentra gravemente enfermo, lo que les lleva a la incertidumbre de su supervivencia o el desarrollo de secuelas de su enfermedad¹⁴. Esta situación suele desestructurar el entorno que les rodea, obligándoles a adaptarse a una nueva realidad, donde requieren disponibilidad permanente relegando así sus propias necesidades¹⁵.

Otro importante aspecto a considerar en el paciente críticamente enfermo es el síndrome post-cuidado intensivo (PICS), el cual ha sido descrito tanto para pacientes (PICS-P) como en familiares (PICS-F)¹⁰⁻¹³. El PICS-P afecta al 30%/50% de los pacientes, y engloba secuelas físicas (principalmente respiratorias y neuromusculares), cognitivas (alteraciones de la memoria y de la atención) y psíquicas (depresión, ansiedad, estrés y/o síndrome de estrés postraumático), las cuales impactan de forma negativa a la calidad y pronóstico de vida. El PICS-F genera secuelas principalmente a nivel psicológico y social, que en muchas ocasiones son olvidadas, convirtiéndolos en una población vulnerable que puede ameritar tratamiento⁴. Por esta razón, se han generado múltiples propuestas con el fin de prevenir el PICS, dentro de las cuales destacan, la flexibilización en los horarios de visita para mayor presencia y participación de la familia, mejoras en la comunicación, medidas de bienestar del paciente, una adecuación humanizada de la arquitectura de las unidades, capacitaciones constantes para profesionales en salud y personal entrenado en el manejo del PICS, e incluso realizar cartas de condolencia para familiares en caso de muerte^{1,2,10,11,13}.

HUMANIZACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La actual emergencia mundial ocasionó una brecha en la tríada atención paciente-médico-familiar, debido a las medidas de protección (guantes, mascarillas, gafas o pantalla protectora y bata impermeable) y aislamiento requeridas para evitar la infección del personal de salud y la comunidad en general¹⁵⁻¹⁸. Para empeorar la situación, si acontece el deceso, el cuerpo sin vida será tratado con recomendaciones especiales (no retirar dispositivos invasivos como sondas, catéteres, tubos endotraqueales o drenajes) para evitar aerosoles ambientales, incluso, en algunas regiones del mundo no se permitirá a los familiares tener contacto con el cuerpo, sino que, algunos días después le entregarán las cenizas de su familiar^{17,19}.

Diversas estrategias de humanización en tiempos de pandemia han sido implementadas en algunos países del mundo. En México¹⁹, se describe la importancia de colocar una fotografía de cada profesional de la salud sobre su tórax para que el paciente identifique quién le está tratando, además, detallan un protocolo para realizar videollamadas entre familiares y pacientes aislados, especialmente aquellos en condiciones críticas o aquellos que están al final de la vida¹⁹. En España²⁰, aquel paciente en etapa final de vida tiene un miembro del personal de enfermería a su cargo,

quien realiza el proceso de acompañamiento al paciente (cuidados físicos, psicológicos y espirituales) y a sus familiares mediante llamadas telefónicas (buscan abordar dudas e intranquilidades, describiendo al detalle la situación de la persona agónica para facilitar el futuro proceso de duelo)²⁰. En Italia²¹, se dispone de sesiones de musicoterapia, e incluso, se permite a pacientes críticos tener sus dispositivos móviles personales para que su contacto con el medio externo no se pierda y pueda realizar algunas llamadas limitadas, escribir y recibir correos, así también, como utilizar sus redes sociales como estrategia para conservar su energía personal y seguir conectada al mundo²¹. En Argentina²², mujeres en trabajo de parto, menores de edad, o personas con problemas mentales o discapacidad, son consideradas como población en situación especial, por lo cual, de manera excepcional se le autoriza acompañamiento; adicionalmente, se debe garantizar un proceso de morir con dignidad para el paciente en Situación de Últimos Días (SUD), por lo que se permite a familiares/allegados la posibilidad de despedida presencial, logrando un alivio emocional del círculo afectivo del paciente²².

CONCLUSIÓN

La humanización de la atención médica parte de recibir atención por equipos multidisciplinarios en instalaciones adecuadas, una terapia médica óptima, y finalmente requiere apoyarse en el poder de la voz y la mirada como vehículo de atención plena para la transmisión de bienestar y apoyo al paciente y a sus familiares. El hecho de relegar lo genuinamente humano a un segundo plano no es asunto de poco impacto, por el contrario, la sinergia existente entre los factores deshumanizantes ha generado una importante frecuencia de PICS y otras consecuencias de radical importancia, razón por la cual, durante y después de la actual pandemia, la implementación de políticas y estrategias de humanización en los servicios de salud especializados en cuidados críticos deben contar con equipos multidisciplinarios entrenados que cuenten con personal de enfermería, psicología, trabajo social, medicina intensiva y medicina familiar quienes utilicen estrategias basadas en los nuevos conceptos de la MCP y el CDLI, puesto que, como se plantea en el *International Research Project Humanising Intensive Care (Proyecto HU-CI)*^{1,2}, "*La herramienta más poderosa en la tierra, es un alma humana encendida en llamas.*"

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Los Rosales, desde los pacientes y familiares, pasando por personal administrativo y de aseo hasta cada profesional en salud que allí labora durante y después de la pandemia por COVID-19.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Heras-La Calle G, Alonso-Oviés A, Gomez-Tello V. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med.* 201; 43(4): 547-549. <https://dx.doi.org/10.1007/s00134-017-4705-4>
2. Heras-La Calle G, Zaforteza-Lallemand C. HUCI se escribe con H de HUMANO. *Enferm intensiva.* 2014; 25(4): 123-72. <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2014.11.001>
3. March-Cerdá JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Rev Calid Asist.* 2017; 32(5): 245-247. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001>
4. Marntin-Delgado MC, García-de-Lorenzo A. Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. *Med intensiva.* 2017; 41(8): 451-453. <https://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.02.003>
5. Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez MM. ¿Es necesario «humanizar» las Unidades de Cuidados Intensivos en España?. *Enferm intensiva.* 2017; 28(1): 1-3. <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2017.02.002>
6. de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcuca M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva.* 2018; 42(2): 99-109. <https://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.08.002>
7. Correa-Perez L. Humanización en la UCI desde una perspectiva antropológica: la percepción del cuerpo y la identidad del sujeto en los pacientes en la unidad de cuidado intensivo. *Acta Colomb Cuid Intensivo.* 2018; 18(3): 175-178 <https://dx.doi.org/10.1016/j.acci.2018.02.001>
8. Senitan M, Alhaiti AH, Gillespie J. Patient satisfaction and experience of primary care in Saudi Arabia: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2018; 30(10): 751-759. <https://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzy104>
9. Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm intensiva.* 2013; 24(2): 51-62. <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>
10. Thermaenius J, Schandl A, Sluys KP. Development and initial validation of the Swedish Family Satisfaction Intensive Care Questionnaire (SFS-ICQ). *Intensive Crit Care Nurs.* 2018; 50: 118-124. <https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.003>
11. González-de-Molina-Ortiz FJ, Gordo-Vidal F, Estella-García A, Morrondo-Valdeolmillos P, Fernandez-Ortega J, Caballero-López J, et al. Recomendaciones de “no hacer” en el tratamiento de los pacientes críticos de los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva.* 2018; 42(7): 425-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2018.04.001>
12. Pérez-Gutiérrez N, Rodríguez-Darabos EI. Talento humano en unidades de cuidado intensivo: adaptación de un modelo de estándares para Colombia basado en la evidencia científica. *Acta Colomb Cuid Intensivo.* 2015; 15(2): 80-102. <https://dx.doi.org/10.1016/j.acci.2015.02.006>
13. Cook D, Rucker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med.* 2014; 370(26): 2506-14. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1208795>
14. Holanda-Peña MS, Marina-Talledo N, Ots-Ruiz E, Lanza-Gómez J, Ruiz-Ruiz A, García-Miguel A, et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva.* 2017; 41(2): 78-85. <https://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.06.007>
15. Alonso-Oviés A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Rev Calid Asist.* 2014; 29(6): 325-33. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.11.004>
16. Sánchez-Duque JA, Arce-Villalobos LR, Rodríguez-Morales AJ. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. *Aten Primaria.* 2020; 52(6): 369-372. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.001>
17. Luque-Chipana NA, Salcedo-Espinoza C. COVID-19 y las unidades de cuidados intensivos en el Perú. *Rev Med Intens Cuidados Críticos.* 2020; 13(1): 40-44. <https://dx.doi.org/10.37463/intens-samay/006>
18. Sánchez-Duque JA, García-Guzmán DM, Barbary-Cardona V, Castillo-Castillo OE. Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19): ¿prevalecerá la economía o la vida en tiempos de pandemia?. *Rev Mex Med Fam.* 2020; 7: 78-79. <https://dx.doi.org/10.24875/RMF.20000072>
19. Sevilla-Fuentes S, Hernández-Mendel ML. Telemedicina y humanización de la atención médica en la pandemia Covid-19. *Salud Publica Mex.* 2020; 62(5): 459-461. <https://dx.doi.org/10.21149/11540>
20. Allande-Cussó R, Navarro-Navarro C, Porcel-Gálvez AM. Humanized care in a death for COVID-19: A case study. *Enferm Clin.* 2020; S1130-8621(20)30315-6. <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>
21. Bambi S, Iozzo P, Rasero L, Lucchini A. COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Hu-

manization of Nursing Care. *Dimens Crit Care Nurs*. 2020; 39(5): 239-241.
<https://dx.doi.org/10.1097/DCC.0000000000000438>

22. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Recomendaciones para el acompañamiento de pacientes en situaciones de últimos días/horas de vida y para casos excepcionales con COVID-19. 2020 [citado el 08 de noviembre de 2020]. Disponible en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones_situacion_ultimos_dias_horas_de_vida_pacientes_covid.pdf.



Conocé nuestro sitio web
www.fundacionmf.org.ar

FUNDACION MF

Promoviendo el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud desde 1997.

<p>E EVIDENCIA</p> <p>Revista online de actualización en la práctica ambulatoria.</p> 	<p>PROFAM</p> <p>Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria líder en el desarrollo de proyectos educativos y contenidos editoriales destinados a la capacitación, el entrenamiento y la actualización médica.</p>	<p>MF MF SALUD</p> <p>Espacio virtual que brinda información y orientación sobre problemas de salud frecuentes a la población general.</p>	<p>SAN PANTALEON</p> <p>Centro de Medicina Familiar y Comunitaria que brinda asistencia médica gratuita a la comunidad de Bajo Boulogne.</p>
--	---	---	---

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires
Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria

CANNABIS PARA EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO.

Autores: Antacle A^a., Erbetta F^a., Ferro M^a.

Afiliación:

^aResidencia de Medicina Familiar,
Construir salud, OSPeCon Tucumán.

Contacto:

Franco Erbetta.

E-mail:

francoerbetta@gmail.com

Recibido: 14/10/2020

Aceptado: 24/02/2021

INTRODUCCIÓN: En los últimos años, creció el consumo informal y formal-legal en algunos países de los derivados de la planta de cannabis para uso medicinal. Dentro de los justificantes para el mismo, se encuentra el dolor en sus diferentes orígenes. Por este motivo nos planteamos como objetivo conocer la eficacia del cannabis para el dolor crónico no oncológico, ya que es una consulta frecuente de nuestros pacientes en el consultorio.

PREGUNTA CLÍNICA: Conocer en adultos la eficacia de los cannabinoides para el alivio del dolor crónico no oncológico frente a otras intervenciones.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

PALABRAS CLAVES: cannabis, dolor crónico, neuralgia, analgesia. Motores de búsqueda: Cochrane, Pubmed, Elsevier y Up todate, entre otros. Tipos de estudios: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y otros diseños. De los últimos diez años. Sin limitaciones idiomáticas.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EVIDENCIA

1 Selective Cannabinoids for Chronic Neuropathic Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. Meng H, Johnston B, Englesakis M, Moulin DE, Bhatia A. *Anesthesia and analgesia*, 2017: Revisión sistemática (RS) con metaanálisis (MA). *Objetivo principal:* determinar eficacia analgésica y seguridad de cannabinoides selectivos en comparación con tratamiento convencional o placebo para el dolor neuropático crónico. *Metodología:* 11 ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) con 1219 participantes (614 en grupos intervención con cannabinoides selectivos (CS) como dronabinol, nabiximol, nabilona y 605 en grupos de comparación). Riesgo de sesgos bajo en 10 estudios. *Intervención:* CS recetados durante al menos 2 semanas además del régimen de base para el dolor versus tratamiento estándar. *Resultados:* En cuanto a eficacia analgésica, se encontró un resultado estadísticamente significativo (ES) a favor de la intervención, con heterogeneidad moderada. En el grupo experimental, la mayoría de los pacientes ya venían usando algún tipo de terapia analgésica. En el estudio por subgrupo se encontró un resultado ES para Nabiximol, en contraste con Nabilona. En cuanto al dolor neuropático central, se encontró un resultado ES con una heterogeneidad moderada a favor de los CS, mientras que para el dolor neuropático periférico fue estadísticamente no significativo (ENS).

2 Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. Mücke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Häuser W. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018: RS con MA. *Objetivo principal:* evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad de los medicamentos a base de cannabis en comparación con placebo o fármacos convencionales para condiciones con dolor neuropático crónico no oncológico en adultos. *Metodología:* 16 ECAs doble ciego con 1750 participantes, cuyo seguimiento fue de 2 a 26 semanas. Calidad de evidencia muy baja a moderada. *Intervención:* Se comparó un aerosol bucal con