

Mayo 2015– Síntesis rápida de evidencia

## ¿Cuáles son los posibles usos de cannabis en términos medicinales?

El extracto de cannabis contiene Tetrahidrocannabinol (THC) y Canabidiol (CBD) como compuestos. A partir de éstos, las preparaciones existentes se pueden utilizar en forma oral, spray, fumada o inhalada.

### Mensajes clave

- Cannador (extracto THC y CBD oral) tendría algunos efectos sobre el tratamiento de Esclerosis Múltiple (EM), mientras que no sería efectivo en Parkinson.
- Dronabinol (cápsulas de THC) probablemente no tenga impacto en EM, sería efectivo en aliviar intensidad del dolor para pacientes con cáncer, aliviaría el dolor crónico, reduciría la pérdida de peso en pacientes con Alzheimer y reduce náuseas y vómitos durante el tratamiento para VIH/SIDA
- Nabiximols (spray oromucoso de THC y CBD) no tendría un impacto significativo en el tratamiento de EM, podría generar efectos adversos en artritis reumatoide y aliviaría el dolor neurológico
- Nabilone (cannabinoide derivado de THC) probablemente no tiene impacto sobre distonías, aliviaría el dolor de fibromialgia y no generaría impacto sobre síntomas de Huntington
- Los aceites o extractos con CBD (sin THC) no tienen efectos sobre la esquizofrenia, podrían reducir el dolor neurológico y no generarían impacto sobre el tratamiento del dolor asociado a EM.

Este documento se encuentra disponible en

EVIPNET Chile ([evipnet.minsal.cl](http://evipnet.minsal.cl))

### ¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia de una intervención que se realiza en un plazo **no mayor a 15 días hábiles**



#### Este resumen incluye:

- **Introducción:** Contextualización del problema.
- **Principales hallazgos:** Evidencia que aporta argumentos para la toma de decisiones
- **Evaluación de la calidad de la evidencia:** Utilización de clasificación GRADE de los resultados incluidos.



#### No incluye:

- Recomendaciones explícitas para detallar el desarrollo de una política pública
- Consideraciones en la implementación, tales como precio, marcos regulatorios, impacto en equidad, etc.
- Análisis detallado sobre experiencias internacionales y legislación comparada.
- Datos de la realidad del país en esta área
- Listado de stakeholders clave en el área

El resumen utiliza **15 revisiones sistemáticas**

Tiempo utilizado para preparar esta síntesis:

**5 días hábiles**

### ¿Quién solicitó este resumen?

Esta síntesis fue solicitada por el **Gabinete del Subsecretario de Salud Pública** del Ministerio de Salud de Chile.

# Introducción

Las preparaciones de cannabis (*Cannabis sativa*) han sido utilizadas con fines medicinales hace miles de años por otras culturas.

A los largo del mundo se ha ido avanzando hacia una legislación que permita el uso medicinal de cannabis como tratamiento para algunas condiciones particulares. Sin embargo, existe una gran heterogeneidad en cuanto a los tipos de preparaciones existentes.

En primer lugar, el extracto de cannabis contiene Tetrahidrocannabinol (THC) y Canabidiol (CBD) como compuestos. Adicionalmente, las preparaciones existentes se pueden utilizar en forma oral, spray, fumada o inhalada. En esa línea, se han comercializado los siguientes compuestos:

1. Dronabinol (Marinol®): Cápsulas orales basadas únicamente en extracto con THC.
2. Nabinol (Cesamet®): Cápsulas orales de un derivado del THC (Nabinol).
3. Nabiximols (Sativex®): Spray oromucoso basado en THC y CBD.
4. Extracto “natural”: Aceite obtenido de cannabis, que contiene THC y CBD.

Este resumen tiene como objetivo aportar a la discusión en cuanto a la regulación del uso medicinal de cannabis en Chile.

## ¿Para quién es este resumen?

Personas tomando decisiones sobre la creación de una política para regular el uso medicinal de la cannabis.

## ¿Cómo fue preparado este resumen?

Utilizando palabras clave como “Cannabis” y excluyendo “Cesación” o “Adicción” se buscó en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, Epistemonikos, Health System Evidence y Health Evidence con el objetivo de identificar revisiones sistemáticas del tema. Se seleccionaron preferentemente las realizadas en los últimos 5 años.

## Objetivo de esta síntesis

Informar la toma de decisiones respecto de los posibles usos medicinales de la cannabis. Se buscan revisiones sistemáticas que evalúen el impacto de las distintas formas de cannabis medicinal sobre la salud de la población. Se presentan los principales hallazgos encontrados.

# Resumen de Hallazgos

Esta síntesis busca conocer los posibles usos de la cannabis en términos medicinales. En la mayoría de los casos reportados se compara contra placebo, no obstante en algunos resultados se utiliza otro fármaco como comparador.

Se encontraron 18 artículos, de los cuales 15 son revisiones sistemáticas realizadas entre los años 2001-2015, 2 overviews de revisiones sistemáticas y 1 síntesis rápida de evidencia.

Se incluyeron estudios que analizaban el uso medicinal o terapéutico. Se excluyó todo tipo de estudios relacionados con el uso de cannabis y su dependencia.

En cada tabla se destacan las conclusiones incluidas en meta-análisis

## Hallazgo 1

→ **Cannador (extracto THC y CBD oral) tendría algunos efectos sobre el tratamiento de Esclerosis Múltiple (EM), mientras que no sería efectivo en Parkinson.**

La evidencia encontrada estudia el impacto de Cannabis (que contiene THC y CBD) en cápsulas para ser ingeridas vía oral (incluyendo Cannador) sobre la Esclerosis Múltiple (EM) y Parkinson.

Sobre la EM, la evidencia muestra que sería efectivo contra la espasticidad, es probable que no tenga efecto sobre la disfunción de vejiga (baja calidad de la evidencia) y no tendría efecto sobre los temblores (calidad de la evidencia moderada).

Por otro lado, los síntomas de la enfermedad de Parkinson no se aliviarían con esta intervención (baja calidad de la evidencia).

## Intervenciones de salud pública

Una revisión sistemática aborda tres intervenciones con uso medicinal de cannabis y su impacto en indicadores de salud pública[18]. De esta forma, los hallazgos encontrados fueron los siguientes:

1. **Dispensadores de cannabis para uso medicinal:**  
El artículo muestra que aumenta la prevalencia de consumo de cannabis de alta potencia.
2. **Lugar de venta:**  
El artículo compara la potencia de la cannabis vendida en farmacias y coffee shops, no encontrando ninguna diferencia significativa.
3. **Legalización de cannabis para uso medicinal:**  
La revisión muestra adicionalmente que al legalizar la cannabis para uso medicinal, aumenta su uso ilegal.

## Sobre la certeza de la evidencia (GRADE)

⊕⊕⊕⊕

**Alta:** Esta investigación entrega una muy buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto será sustancialmente diferente es baja

⊕⊕⊕○

**Moderada:** Esta investigación entrega una buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto será sustancialmente diferente es moderada.

⊕⊕○○

**Baja:** Esta investigación entrega una alguna indicación del efecto probable. Sin embargo, la probabilidad de que el efecto será sustancialmente diferente es alta.

⊕○○○

**Muy baja:** Esta investigación no entrega una indicación confiable del efecto probable. La probabilidad de que el efecto será sustancialmente diferente es muy alta.

Enfermedad	Referencia	Condición	Dosis	Duración del tratamiento	Tamaño de población	Variable dependiente	Resultado	GRADE	
Esclerosis Múltiple	(Koppel et al, 2014)[1]	Espasticidad	2.5 mg x 2 al día	10 semanas	277	Mejora en intensidad de espasmos según escala numérica a las 12 semanas	OR =2.26*	⊕⊕⊕⊕ Alta	
			2.5 mg THC / 1,25 mg CBD x 8 al día	5 semanas	630	Escala Ashworth de espasticidad	Dif = 0,94	⊕⊕⊕○ Moderada	
						Escala Ashworth de espasticidad después de 1 año	Dif = 1,82*	⊕⊕○○ Baja	
	(Lakhan et al, 2009)[2]		2.5 mg THC / 0.9 mg CBD x 12 al día	2 semanas	57	Escala Ashworth	Dif = -2,2*	⊕⊕○○ Baja	
	(Shakespeare et al, 2003) [3]		2.5 - 5 mg x 2 al día	4 semanas	16	Score de sistemas funcionales del tronco cerebral	Impacto negativo*	⊕⊕○○ Baja	
	(Lakhan et al, 2009) [2]					Escala visual global de espasticidad autoreportada	Impacto negativo*	⊕○○○ Muy baja	
	(Koppel et al, 2014) [2]		Disfunción de vejiga	2.5 mg THC / 1,25 mg CBD x 8 al día	5 semanas	630	Quejas autoreportadas de vejiga	NR	⊕⊕○○ Baja
	(Mills et al, 2007)[4]		Temblores	< 0.19 mg/Kg x 2 al día	2 semanas	14	Dibujo espiral	Dif=-0,07	⊕⊕⊕○ Moderada
							Escala de ataxia	Dif=0,09	⊕⊕⊕○ Moderada
							Indice de temblores	Dif=0,45	⊕⊕⊕○ Moderada
2.5 - 5 mg x 2 al día		4 semanas		16	Temblores escala nueve hole peg test (9HPT)	Impacto negative	⊕⊕⊕○ Moderada		
(Koppel et al, 2014)[1]		2.5 mg THC / 1,25 mg CBD x 8 al día		5 semanas	630	Número de temblores	NR	⊕⊕○○ Baja	
(Mills et al, 2007)[4]		< 0.19 mg/Kg x 2 al día			14	Cambio en finger tapping task	Dif=-3,02*	⊕⊕○○ Baja	
Parkinson	(Koppel et al, 2014)[1]	Síntomas de parkinson	0.25 mg/Kg x 2 al día	5 semanas	19	Cambio en escala de diskinesia	Dif=0.5	⊕⊕○○ Baja	

\*Resultados estadísticamente significativos (p<0.05)

## Hallazgo 2

→ **Dronabinol (cápsulas de THC) probablemente no tenga impacto en EM, sería efectivo en aliviar intensidad del dolor para pacientes con cáncer, aliviaría el dolor crónico, reduciría la pérdida de peso en pacientes con Alzheimer y reduce náuseas y vómitos durante el tratamiento para VIH/SIDA.**

La evidencia encontrada estudia el impacto de Cannabis (que contiene únicamente THC) en cápsulas para ser ingeridas vía oral (incluyendo Marinol) sobre la EM, dolor crónico, cáncer, Alzheimer y VIH/SIDA.

Sobre pacientes con EM, el tratamiento no sería efectivo sobre la espasticidad (calidad moderada de evidencia), probablemente tenga un impacto negativo sobre los temblores (baja calidad de evidencia) y sobre el tratamiento del dolor (muy baja calidad de evidencia) y probablemente no tenga impacto sobre la disfunción de vejiga (baja calidad de evidencia).

En pacientes con dolor crónico, sería efectivo para tratar esta condición.

En tratamientos para aliviar la intensidad del dolor en pacientes con cáncer, se observa que el tratamiento es efectivo (evidencia de alta calidad), no obstante algunos estudios no encontraron resultados significativos (evidencia de baja o muy baja calidad). Además, reduce náuseas y vómitos en este tipo de pacientes (evidencia de alta calidad).

En el tratamiento de Alzheimer, la evidencia muestra que reduciría la pérdida de peso de los pacientes.

Por último, en pacientes con VIH/SIDA, se muestra que el tratamiento reduce las náuseas y vómitos, mientras que no tiene impacto sobre cambios de humor y cambios de peso.

Condición	Referencia	Condición	Dosis	Duración del tratamiento	Tamaño de población	Variable dependiente	Resultado	GRADE
Esclerosis múltiple	(Shakespeare et al, 2003) [3]	Espasticidad	2.5 - 5 mg x 2 al día	4 semanas	16	Escala total funcional de EM compuesta (MSFC)	Impacto negativo	⊕⊕⊕○ Moderada
	(Lakhan et al, 2009) [2]					Escala visual global de espasticidad autoreportada	Impacto negativo*	⊕○○○ Muy baja
	(Koppel et al, 2014) [1]		2.5 mg x 8 al día	5 semanas	630	Escala Ashworth de espasticidad	Dif=0.32	⊕⊕⊕○ Moderada
						Escala Ashworth de espasticidad después de 1 año	Dif=0.1	⊕⊕⊕○ Moderada
	(Mills et al, 2007) [4]	Temblores	2.5 - 5 mg x 2 al día	4 semanas	16	Temblores escala nueve hole peg test (9HPT)	Impacto negativo*	⊕⊕○○ Baja
	(Koppel et al, 2014) [1]		2.5 mg x 8 al día	5 semanas	630	Número de temblores	NR	⊕⊕○○ Baja
	(Iskedjian et al, 2007) [5]	Tratamiento del dolor	NR	NR	91	Escala de dolor	Dif=0,7	⊕⊕⊕○ Moderada
	(Lynch et al, 2011)[6]		10 mg**	3 semanas	24	Alivio del dolor central en escala numérica	Dif=2,5*	⊕○○○ Muy baja
	(Koppel et al, 2014) [1]	Disfunción de vejiga	2.5 mg x 8 al día	5 semanas	630	Quejas autoreportadas de vejiga	NR	⊕⊕○○ Baja
Dolor crónico	(Lynch et al, 2011)[6]	Tratamiento del dolor	10 mg	Tratamiento único	29	Escala numérica de alivio de dolor	Dif=-8.6 *	⊕⊕⊕○ Moderada
			20 mg				Dif=10,6*	⊕⊕○○ Baja

\*Resultados estadísticamente significativos (p<0.05)

Condición	Referencia	Condición	Dosis	Duración del tratamiento	Tamaño de población	Variable dependiente	Resultado	GRADE
Cáncer	(Campbell et al, 2001) [7]	Tratamiento del dolor	20 mg	Tratamiento único	34	Escala de Alivio total del dolor	Dif=6,1*	⊕⊕⊕⊕ Alta
			10 mg				Dif=3	⊕⊕⊕○ Moderada
			20 mg		9	Escala de Intensidad del dolor	Dif=3,7*	⊕⊕⊕○ Moderada
					34		Dif=2,8*	⊕⊕⊕○ Moderada
			10 mg		9	Escala de Alivio total del dolor	Dif=-0,7	⊕⊕○○ Baja
						Escala de Intensidad del dolor	Dif=0,5	⊕⊕○○ Baja
			34		9	Escala de Intensidad del dolor	Dif=1	⊕⊕○○ Baja
						Escala de Alivio total del dolor	Dif=0,7	⊕⊕○○ Baja
			15 mg		9	Escala de Intensidad del dolor	Dif=2,7*	⊕⊕○○ Baja
						Escala de Alivio total del dolor	Dif=-0,4	⊕⊕○○ Baja
			5 mg		9	Escala de Alivio total del dolor	Dif=5,7*	⊕○○○ Muy baja
			20 mg				Dif=1,7	⊕○○○ Muy baja
			5 mg					

\*Resultados estadísticamente significativos (p<0.05)

Condición	Referencia	Condición	Dosis	Duración del tratamiento	Tamaño de población	Variable dependiente	Resultado	GRADE
Cáncer	(Phillips et al, 2010) [8]	Vómitos y náuseas	10 mg x 5 al día	NR	36	Control completo de náusea aguda	OR=3,53*	⊕⊕⊕⊕ Alta
							OR=20,7*	⊕⊕⊕⊕ Alta
						Control completo de vómitos	OR=3,53*	⊕⊕⊕⊕ Alta
							OR=19*	⊕⊕⊕⊕ Alta
	(Machado Rocha et al, 2008) [9]			28 mg x día	185	Pacientes con náuseas y/o vómitos	OR=0,47	⊕⊕○○ Baja
				Desde 15 a 30 mg x día	325		OR=0,67*	⊕⊕○○ Baja
				Múltiples dosis	277		OR=0,88	⊕⊕○○ Baja
Alzheimer	(Krishnan et al, 2009) [10]	Anorexia	2.5 mg x 2 al día	6 semanas	15	Peso de la persona	Dif=-3.6*	⊕⊕⊕○ Moderada
VIH/SIDA	(Lutge et al, 2013) [11]	Morbilidad	2.5 mg x 2 al día	6 semanas	139	Cambio de humor	OR=4,93	⊕⊕⊕⊕ Alta
						Ganancia de peso durante el tratamiento	OR=2,4	⊕⊕⊕⊕ Alta
						Reducción de náuseas y vómitos	OR=6,1*	⊕⊕⊕⊕ Alta

\*Resultados estadísticamente significativos (p<0.05)



## Hallazgo 3

→ **Nabiximols (spray oromucoso de THC y CBD) no tendría un impacto significativo en el tratamiento de EM, podría generar efectos adversos en artritis reumatoide y aliviaría el dolor neurológico.**

La evidencia encontrada estudia el impacto Nabiximols (de nombre comercial Sativex) sobre la EM, artritis reumatoide y dolor neurológico.

Sobre pacientes con EM, el tratamiento probablemente sea efectivo para espasticidad (evidencia de alta calidad), no obstante algunos artículos no encuentran impacto significativo (evidencia de menor calidad) .no tendría un impacto significativo para el tratamiento del dolor, no generaría impacto sobre temblores ni disfunción de vejiga.

Para pacientes con artritis reumatoide, alguna evidencia de alta calidad reporta efectos adversos en tratamiento del dolor.

Por último, el tratamiento del dolor neurológico se aliviaría.

Condición	Referencia	Condición	Dosis	Duración del tratamiento	Tamaño de población	Variable dependiente	Resultado	GRADE	
Eclerósis Múltiple	(Shakespeare et al, 2003) [3]	Espasticidad	8 sprays al día	4 semanas	20	Escala visual de dolor	Dif=-6,8*	⊕⊕⊕⊕ Alta	
	(Lakhan et al, 2009) [2]			6 semanas	231	Escala visual de espasticidad	Dif=-22,8*	⊕⊕⊕⊕ Alta	
	(Koppel et al, 2014) [1]			12 semanas	36	Falla del tratamiento en aliviar dolor	OR=0.335*	⊕⊕⊕⊖ Moderada	
	(Shakespeare et al, 2003) [3]			4 semanas	20	Escala numérica de frecuencia de espasmos	Dif=-1,3*	⊕⊕⊕⊖ Moderada	
	(Lakhan et al, 2009) [2]			6 semanas	231	Escala Ashworth	Dif=0,22	⊕⊕⊕⊖ Moderada	
	(Koppel et al, 2014) [1]					160	Escala visual de espasmos	Dif=-5,3	⊕⊕⊕⊖ Moderada
	(Lakhan et al, 2009) [2]					231	Tiempo de caminata	Dif=-1,36	⊕⊕⊕⊖ Moderada
	(Koppel et al, 2014) [1]		9 sprays al día	6 semanas	248	Cambios en escala Ashworth	Dif=-0,11	⊕⊕⊕⊖ Moderada	
						Reducción en intensidad de espasmos según escala numérica	Dif=-0,52*	⊕⊕⊕⊖ Moderada	
			NR	10 semanas	337	Reducción en intensidad de espasmos según escala numérica	NR	⊕⊕⊖⊖ Baja	
	14 semanas						NR	⊕⊕⊖⊖ Baja	
	2 semanas						NR	⊕⊕⊖⊖ Baja	
	(Lakhan et al, 2009) [2]		8 sprays al día	4 semanas	20	Escala Ashworth	Dif=0	⊕⊕⊖⊖ Baja	
						Escala numérica de severidad espasticidad autorreportada	Dif=-1,3	⊕⊕⊖⊖ Baja	
						Indice Rivermead de movilidad	Dif=0,2	⊕⊕⊖⊖ Baja	
			(Koppel et al, 2014) [1]	NR	6 semanas	337	Reducción en intensidad de espasmos según escala numérica	NR	⊕⊕⊖⊖ Baja

\*Resultados estadísticamente significativos (p<0.05)

Condición	Referencia	Condición	Dosis	Duración del tratamiento	Tamaño de población	Variable dependiente	Resultado	GRADE
Esclerosis Múltiple	(Jawahar et al, 2013) [12]	Tratamiento del dolor	8 sprays al día	6 semanas	36	Cambio en escala visual de dolor	Dif=8,73	⊕⊕⊕⊖ Moderada
	(Iskedjian et al, 2007) [5]		NR	NR	196	Escala de dolor	Dif=0,9	⊕⊕⊕⊖ Moderada
	(Koppel et al, 2014) [1]		337			Cambios en frecuencia de espasmos	Dif=0,1	⊕⊕⊕⊖ Moderada
						Escala numérica del dolor	Dif=0,08	⊕⊕⊕⊖ Moderada
	(Jawahar et al, 2013) [12]		9 sprays al día	4 semanas	64	Cambio en escala numérica de intensidad de dolor	Dif=1,3*	⊕⊕⊖⊖ Baja
	(Koppel et al, 2014) [1]		< 40 sprays al día	6 semanas	20	Escala visual del dolor	NR	⊕⊕⊖⊖ Baja
	(Koppel et al, 2014) [1]	Temblores	8 sprays al día	6 semanas	160	Escala visual de temblores	Dif=3,75	⊕⊕⊕⊖ Moderada
			NR	NR	337	Escala numérica de temblores	Dif=0,25	⊕⊕⊕⊖ Moderada
	(Koppel et al, 2014) [1]	Disfunción de vejiga	< 48 sprays al día	10 semanas	135	Episodios diarios de incontinencia	Dif=0.9	⊕⊕⊕⊖ Moderada
Artritis reumatoide	(Richards et al, 2012) [13]	Tratamiento del dolor	6 sprays al día 5 semanas		58	Efectos adversos totales	OR=1.82*	⊕⊕⊕⊕ Alta
						Cambio en la calidad del sueño	Dif=-1,17*	⊕⊕⊕⊕ Alta
						Cambios en escala de dolor (cuestionario Mc Gill)	Dif=-0,72*	⊕⊕⊕⊕ Alta
						Interrupción de tratamiento debido a efectos adversos	OR = 0.13	⊕⊕⊕⊕ Alta
	(Lynch et al, 2011) [14]					Cambios en escala numérica del dolor (NRS) durante descanso	Dif=1,04*	⊕⊕⊕⊖ Moderada
						Cambios en escala numérica del dolor (NRS) en movimiento	Dif=0,95*	⊕⊕⊕⊖ Moderada

\*Resultados estadísticamente significativos (p<0.05)

Condición	Referencia	Condición	Dosis	Duración del tratamiento	Tamaño de población	Variable dependiente	Resultado	GRADE
Dolor neurológico	(Lynch et al, 2011) [14]	Tratamiento del dolor	Entre 4 a 12 sprays al día	2 semanas	48	Cambios en escala numérica del dolor (Escala de 11 box)	Dif=-0,58*	⊕⊕⊕○ Moderada
			< 48 sprays al día	5 semanas	125	Escala numérica del dolor	Dif=-0,96*	⊕⊕⊕○ Moderada

\*Resultados estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ )

## Hallazgo 4

→ **Nabilone (cannabinoide derivado de THC) probablemente no tiene impacto sobre distonías, aliviaría el dolor de fibromialgia y no generaría impacto sobre síntomas de Huntington.**

La evidencia encontrada estudia el impacto Nabilone (de nombre comercial Cesamet) sobre distonía muscular, dolor crónico, dolor neurológico, fibromialgia, pacientes postoperados de histerectomía, enfermedad de Huntington y Upper Motor Neuron Syndrom.

Al respecto, Nabilone probablemente no genere efectos sobre los temblores en pacientes con distonías,

Por otro lado, existe alguna posibilidad de que sea efectivo sobre dolor crónico espinal,

Además, no aliviaría el dolor neurológico, mientras que sí lo haría en pacientes con fibromialgia.

Es posible que no genere algún efecto sobre las náuseas y vómitos en pacientes postoperados.

No sería efectivo en la reducción de síntomas de la enfermedad de Huntington.

Por último, probablemente no sería efectivo en reducir la espasticidad, mientras que existe una posibilidad de que tenga impacto sobre el tratamiento del dolor, en pacientes con Upper Motor Neuron Syndrom.

Condición	Referencia	Condición	Dosis	Duración del tratamiento	Tamaño de población	Variable dependiente	Resultado	GRADE
Distonia muscular	(Koppel et al, 2014)[1]	Temblores	0.03 mg/Kg	Tratamiento único	15	Escala de movimiento total de distonía	NR	⊕⊕○○ Baja
Dolor crónico	(Lynch et al, 2011) [14]	Tratamiento del dolor	0.25-1 mg	4 semanas	30	Reducción de intensidad de dolor espinal	Dif=0,6*	⊕○○○ Muy baja
Dolor neurológico	(Lynch et al, 2011) [14]	Tratamiento del dolor	2 mg	6 semanas	96	Cambios en escala visual del dolor	Dif=6	⊕⊕⊕○ Moderada
Fibromialgia	(Lynch et al, 2011) [14]	Tratamiento del dolor	0.5-1 mg x 2 al día	4 semanas	40	Escala visual del dolor	Dif=-2,04*	⊕⊕⊕○ Moderada
Histerectomía	(CADTH, 2014) [15]	Vómitos y náuseas	2 mg	NR	53	% Pacientes con Náuseas autoreportada	Dif=-0,07	⊕○○○ Muy baja
				NR	53	% Pacientes con Vómitos autoreportada	Dif=-0,07	⊕○○○ Muy baja
Huntington	(Koppel et al, 2014)[1]	Síntomas	1 o 2 mg al día	5 semanas cada período	37	Escala motora total (UHDRS)	Dif=0,86	⊕⊕⊕○ Moderada
Upper Motor Neuron Syndrom	(Lynch et al, 2011) [14]	Espasticidad	1 mg	4 semanas	11	Escala Ashworth de espasticidad	NR	⊕⊕○○ Baja
		Tratamiento del dolor	1 mg	4 semanas	11	Test 11-point box de Dolor	Dif=2*	⊕○○○ Muy baja

\*Resultados estadísticamente significativos (p<0.05)

## Hallazgo 5

→ **Los aceites o extractos con CBD (sin THC) no tienen efectos sobre la esquizofrenia, podrían reducir el dolor neurológico y no generarían impacto sobre el tratamiento del dolor asociado a EM.**

La evidencia encontrada estudia el impacto aceites o extractos de CBD, ya sea líquidos, o en cápsulas sobre fobia social, esquizofrenia, EM y dolor neurológico.

En pacientes con fobia social, existe una posibilidad de tener un impacto sobre la ansiedad, medida en pruebas para hablar en público.

Por otro lado, el extracto de CBD no tiene efectos significativos sobre la esquizofrenia.

En EM, no generaría impacto sobre el tratamiento del dolor.

Por último, podría reducir el dolor neurológico.

Condición	Referencia	Condición	Dosis	Duración del tratamiento	Tamaño de población	Variable dependiente	Resultado	GRADE
Fobia social	(Sarris et al, 2013) [16]	Ansiedad	600 mg	Tratamiento único	24	Test para hablar en público (SPST)	Impacto positivo*	⊕○○○ Muy baja
Esquizofrenia	(McLoughlin et a, 2014) [17]	Salud mental	200 mg x 3 al día	14 días	39	Score promedio global BPRS	Dif=1,8	⊕⊕⊕⊕ Alta
						Score promedio global PANSS	Dif=0	⊕⊕⊕⊕ Alta
						Score promedio síntomas negativos PANSS	Dif=1,2	⊕⊕⊕⊕ Alta
						Score promedio síntomas positivos PANSS	Dif=1,2	⊕⊕⊕⊕ Alta
				21 días	34	Score promedio global BPRS	Dif=4,2	⊕⊕⊕⊕ Alta
						28 días	35	Score promedio global BPRS
				Score promedio global PANSS	Dif=0,4			⊕⊕⊕⊕ Alta
				Score promedio síntomas negativos PANSS	Dif=2,7			⊕⊕⊕⊕ Alta
				Score promedio síntomas positivos PANSS	Dif=0,6			⊕⊕⊕⊕ Alta
				7 días	39	Score promedio global BPRS	Dif=-1,5	⊕⊕⊕⊕ Alta
Esclerosis Múltiple	(Iskedjian et al, 2007) [5]	Tratamiento del dolor	NR	NR	41	Escala de dolor	Dif=0,7	⊕⊕⊕○ Moderada
Dolor neurológico	(Lynch et al, 2011) [14]	Tratamiento del dolor	8 sprays al día	4 semanas	20	Reducción del de dolor escala visual	Dif=10,3*	⊕⊕⊕○ Moderada

\*Resultados estadísticamente significativos (p<0.05)



# Información Adicional

## Citación sugerida

Cristian Mansilla, Cristian A. Herrera ¿Cuáles son los posibles usos de la cannabis en términos medicinales?. Mayo 2015. EVIPNet Chile; Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

## Palabras Clave

Cannabis; Cannabinoids; Medical Marijuana; Marijuana; THC; CBD; Rapid Response Review

## Referencias

- [1] B. S. Koppel, J. C. M. Brust, T. Fife, J. Bronstein, S. Youssof, G. Gronseth, and D. Gloss, "Systematic review: efficacy and safety of medical marijuana in selected neurologic disorders: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology.," *Neurology*, vol. 82, no. 17, pp. 1556–63, Apr. 2014.
- [2] S. E. Laxhan and M. Rowland, "Whole plant cannabis extracts in the treatment of spasticity in multiple sclerosis: a systematic review.," *BMC Neurol.*, vol. 9, p. 59, Jan. 2009.
- [3] D. T. Shakespeare, M. Boggild, and C. Young, "Anti-spasticity agents for multiple sclerosis.," *Cochrane database Syst. Rev.*, no. 4, p. CD001332, Jan. 2003.
- [4] R. J. Mills, L. Yap, and C. A. Young, "Treatment for ataxia in multiple sclerosis.," *Cochrane database Syst. Rev.*, no. 1, p. CD005029, Jan. 2007.
- [5] M. Iskedjian, B. Bereza, A. Gordon, C. Piwko, and T. R. Einarson, "Meta-analysis of cannabis based treatments for neuropathic and multiple sclerosis-related pain.," *Curr. Med. Res. Opin.*, vol. 23, no. 1, pp. 17–24, Jan. 2007.
- [6] M. E. Lynch and F. Campbell, "Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain; a systematic review of randomized trials.," *Br. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 72, no. 5, pp. 735–44, Nov. 2011.
- [7] F. A. Campbell, M. R. Tramèr, D. Carroll, D. J. Reynolds, R. A. Moore, and H. J. McQuay, "Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review.," *BMJ*, vol. 323, no. 7303, pp. 13–6, Jul. 2001.
- [8] R. S. Phillips, S. Gopaul, F. Gibson, E. Houghton, J. V Craig, K. Light, and B. Pizer, "Antiemetic medication for prevention and treatment of chemotherapy induced nausea and vomiting in childhood.," *Cochrane database Syst. Rev.*, no. 9, p. CD007786, Jan. 2010.
- [9] F. C. Machado Rocha, S. C. Stéfano, R. De Cássia Haiek, L. M. Q. Rosa Oliveira, and D. X. Da Silveira, "Therapeutic use of Cannabis sativa on chemotherapy-induced nausea and vomiting among cancer patients: systematic review and meta-analysis.," *Eur. J. Cancer Care (Engl.)*, vol. 17, no. 5, pp. 431–43, Sep. 2008.
- [10] S. Krishnan, R. Cairns, and R. Howard, "Cannabinoids for the treatment of dementia.," *Cochrane database Syst. Rev.*, no. 2, p. CD007204, Jan. 2009.
- [11] E. E. Lutge, A. Gray, and N. Siegfried, "The medical use of cannabis for reducing morbidity and mortality in patients with HIV/AIDS.," *Cochrane database Syst. Rev.*, vol. 4, p. CD005175, Jan. 2013.
- [12] R. Jawahar, U. Oh, S. Yang, and K. L. Lapane, "A systematic review of pharmacological pain management in multiple sclerosis.," *Drugs*, vol. 73, no. 15, pp. 1711–22, Oct. 2013.
- [13] B. L. Richards, S. L. Whittle, and R. Buchbinder, "Neuromodulators for pain management in rheumatoid arthritis.," *Cochrane database Syst. Rev.*, vol. 1, p. CD008921, Jan. 2012.
- [14] M. E. Lynch and F. Campbell, "Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain; a systematic review of randomized trials.," *Br. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 72, no. 5, pp. 735–44, Nov. 2011.
- [15] S. Khangura, J. Polisen, T. J. Clifford, K. Farrah, and C. Kamel, "Rapid review: an emerging approach to evidence synthesis in health technology assessment.," *Int. J. Technol. Assess. Health Care*, vol. 30, no. 1, pp. 20–7, Jan. 2014.
- [16] J. Sarris, E. McIntyre, and D. A. Camfield, "Plant-based medicines for anxiety disorders, part 2: a review of clinical studies with supporting preclinical evidence.," *CNS Drugs*, vol. 27, no. 4, pp. 301–19, Apr. 2013.

- [17] B. C. McLoughlin, J. A. Pushpa-Rajah, D. Gillies, J. Rathbone, H. Variend, E. Kalakouti, and K. Kyprianou, "Cannabis and schizophrenia.," *Cochrane database Syst. Rev.*, vol. 10, p. CD004837, Jan. 2014.
- [18] S. R. Sznitman and Y. Zolotov, "Cannabis for Therapeutic Purposes and public health and safety: A systematic and critical review.," *Int. J. Drug Policy*, vol. 26, no. 1, pp. 20–9, Jan. 2015.