

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



1ª Entrega. Junio 2000.

INDICE

Articulo	Pag.
La naloxona por vía oral revierte el estreñimiento asociado al uso de opioides	1
La administración conjunta de dosis sub-antinociceptivas de oxycodona y morfina produce una marcada sinergia antinociceptiva con reducidos efectos secundarios sobre el S.N.C., en ratas.	1
MorphiDex® (sulfato de morfina + dextrometorfano): estudios doble-ciego con dosis diferentes en enfermos con dolor crónico.	2
Morfina con dextrometorfano: conversión desde otros analgésicos opioides.	2
Actitudes de los médicos y opiniones respecto de la comunicación del diagnóstico a los pacientes de cáncer.	2
El empleo de esteroides para el tratamiento de la obstrucción intestinal inoperable en pacientes de cancer terminal.	3
Fomentar el bienestar psicológico frente a una enfermedad grave: cuando teoría, investigación y práctica se comunican ente sí.	4
Aspectos del control eficaz del dolor 1: valoración y educación.	4
La investigación implica pequeños pasos, no saltos gigantes.	5
El impacto de la pérdida sobre los adolescentes: el desarrollo de medidas de soporte adecuadas.	5
Deterioro cognitivo relacionado con el SIDA: de los cuidados paliativos a la rehabilitación	6
Influencias negativas y positivas del apoyo social en la depresión en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: Un estudio prospectivo.	6

La naloxona por vía oral revierte el estreñimiento asociado al uso de opioides

Meissner W, Schmidt U, Hartmann M, Kath R, Reinhart K. Oral naloxone reverses opioid-associated constipation. Pain 2000;84:105-109.

El objetivo de este estudio fue examinar los efectos de la naloxona oral en el estreñimiento ocasionado por opioides de forma controlada intrasujeto. Se reclutaron 22 pacientes oncológicos con dolor crónico y tratados con opioides por vía oral. El estreñimiento se definió como la falta de deposición y/o la necesidad de un laxante al menos 3 de cada 6 días. Las deposiciones y el uso de laxantes fueron monitorizados durante los primeros 6 días sin que se interviniera (periodo de control). A continuación se inició naloxona oral y se ajustó individualmente usando entre 9 y 36 mg/día (repartido en tres dosis) dependiendo de las deposiciones y de los síntomas de privación. Después de un periodo de 4 días de ajuste de las dosis, los pacientes fueron observados durante otros 6 días (periodo de naloxona). Se utilizó el test de Wilcoxon para comparar el número de días con deposiciones y el tratamiento laxante en los dos periodos de estudio. De los 22 pacientes sólo fueron evaluables 17. En los 6 días del "periodo de naloxona" comparados con el "periodo control", la media de deposiciones diarias aumentaron de 2,1 a 3,5 ($p < 0,01$) y el número de días de uso de laxantes disminuyó de 6 a 3,8 ($p < 0,01$). La dosis media de naloxona en el "periodo de naloxona" fue de 17,5mg/día. La media de intensidad del dolor no difirió entre ambos periodos. Se observaron síntomas de privación de carácter moderado en cuatro pacientes. La mayoría de los pacientes refirieron movimientos intestinales y/o retortijones de carácter leve o moderado tras la administración de naloxona. Los efectos secundarios cedieron en un periodo de 0,5 a 6 horas. Este estudio controlado demuestra que la administración de naloxona mejora los síntomas asociados al estreñimiento inducido por opioides y reduce el uso de laxantes. Con el fin de prevenir los síntomas de privación se aconseja empezar con dosis bajas y monitorizar atentamente los pacientes durante el periodo de ajuste de dosis.

Comentario

El presente estudio (no ciego y con una muestra es de 17 pacientes), viene a acumular evidencia sobre la eficacia de la naloxona, por vía oral, en aliviar el estreñimiento inducido por opioides en pacientes con cáncer y dolor crónico. Al contrario de lo comunicado hasta ahora se recomienda iniciar y ajustar las dosis de naloxona de forma independiente a la dosis de morfina previas. Algunos aspectos clínicos del estudio deben considerarse; la naloxona aumentó de media 2 deposiciones diarias en pacientes que previamente ya tenían un buen ritmo deposicional (media de 2 al día) y redujo a la mitad el consumo de lactulosa a un coste medio diario de naloxona de 41,49 € (6903,75 pts) y con una frecuencia de síntomas de privación de cierta severidad en el 23% de los pacientes. En definitiva, el trabajo aporta nuevos datos

sobre la utilidad de la naloxona pero se precisan otros estudios que ayuden a posicionar correctamente en la clínica (estreñimiento refractario, multifactorial, etc) el uso de naloxona o de otros antagonistas opiáceos en el tratamiento de la constipación

Pain

Revisor: Josep Porta i Sales, 01-06-2000
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

La administración conjunta de dosis sub-antinocéptivas de oxycodona y morfina produce una marcada sinergia antinocéptica con reducidos efectos secundarios sobre el S.N.C., en ratas.

Fraser B. Ross, Steven C. Wallis, Marce T Smith. Co-administration of sub-antinociceptive dose of oxycodone and morphine produces marked antinociceptive synergy with reduced CNS side-effects in rats. Pain 2000;84:421-428.

La oxycodona y la morfina son analgésicos opioides potentes, estructuralmente relacionados y utilizados habitualmente en el tratamiento del dolor moderado y severo en humanos. Mientras que está bien establecido que la morfina es un agonista opioide μ , por el contrario recientes estudios muestran que la oxycodona es un agonista opioide κ . En el presente estudio, mostramos que la administración conjunta de dosis sub-antinocéptivas de oxycodona y morfina a ratas tanto por vía intracerebroventricular como sistémica (intraperitoneal y subcutánea) produce un marcado aumento (sinérgico) de los niveles de antinocéptión. Desde el punto de vista del comportamiento, las ratas que recibieron dosis subanalgésicas de ambos opioides se comportaron de forma semejante a las control a las que se les administró suero fisiológico, mientras que las ratas que recibieron dosis equipotentes de ambos opioides mostraron una marcada sedación.

Comentario

El presente trabajo experimental aporta interesantes ideas sobre la potencial utilidad de utilizar analgésicos que actúen sobre diferentes receptores como medio de obtener una buena analgesia con menos efectos secundarios. En este caso se trata del uso sinérgico de oxycodona (κ -agonista) y morfina (μ -agonista). Quedan abiertos muchos interrogantes sobre su aplicabilidad en seres humanos y su hipotética utilidad.

Pain

Revisor: Josep Porta i Sales, 02-06-2000
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

MorphiDex® (sulfato de morfina + dextrometorfano): estudios doble-ciego con dosis diferentes en enfermos con dolor crónico.

Katz NP. MorphiDex (MS:DM) double-blind, multiple-dose studies in chronic pain patients. J Pain Symptom Manage 2000; 19: S37-S41

Sobre el receptor NMDA (N-Metil-D-Aspartato) actúan sustancias con actividad opiode (metadona, dextropropoxifeno) y no opiode (ketamina, amantadina, dextrometorfano). El dextrometorfano en dosis bajas (90 mg/día) no ha demostrado por sí mismo actividad en el dolor oncológico. En dosis superiores (media: 400 mg/día) es capaz de aliviar el dolor producido por la neuropatía diabética. Este suplemento de JPSM presenta un nuevo producto comercial: MorphiDex®, que combina morfina oral y dextrometorfano en una correlación de dosis 1:1. En este artículo se presentan los resultados de dos estudios doble-ciego que comparan tratamiento combinado (morfina + dextrometorfano) y morfina.

El primero es un estudio cruzado con 89 pacientes (17% con dolor de origen neoplásico). En él, la combinación con dextrometorfano permite reducir cerca de un 50% la dosis diaria de morfina necesaria para alcanzar un mismo nivel de analgesia (80,3 vs 161,5 mg; $p < 0,00001$); los intervalos entre las dosis son discretamente más prolongados con dextrometorfano (6,99 vs 6,42 horas; $p = 0,05$).

En el segundo ensayo, con 232 pacientes (cerca del 25% con dolor oncológico), la diferencia entre las dosis diarias es menor (193 vs 217 mg; $p = 0,04$). Al cabo de 4 semanas de seguimiento, el incremento de dosis de morfina era inferior en el grupo con dextrometorfano (16 vs 1,6 mg; $p = 0,02$). Entre los efectos secundarios hay menos estreñimiento con dextrometorfano (7,5% vs 18,1%). La incidencia de los demás toxicidades es similar, salvo un discreto aumento en la aparición de mareo (11,8 % vs 4,4%).

Comentario

Estos resultados, referidos en su gran mayoría a dolor no oncológico, no resuelven la cuestión de si asociar dextrometorfano supone un beneficio clínico real. Será preciso aguardar a que aparezcan nuevos trabajos antes de conocer la respuesta.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 03-06-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Morfina con dextrometorfano: conversión desde otros analgésicos opioides.

Chevlen E. Morphine with dextromethorphan: conversion from others opioid analgesics. J Pain Symptom Manage 2000; 19: S42-S49.

Es preciso conocer la relación de equivalencia de dosis de cualquier nuevo analgésico, tanto como fármaco único o como combinación. Este trabajo estudia la relación de equipotencia de MorphiDex®, un producto que combina morfina oral y dextrometorfano en una correlación de dosis 1:1, con otros opioides, expresados como su dosis diaria equivalente de morfina.

El estudio incluye 592 pacientes con dolor moderado o severo (7% de origen neoplásico) en tratamiento con opioides. El 60% padece dolor de origen neurológico y el 40% de causa somática. Tras cambiar el tratamiento a dextrometorfano se redujo la dosis diaria equivalente de morfina en más de un 20% (104,4 vs 132,7; $p = 0,0001$). Para el control del dolor fue preciso un promedio de 3 a 4 dosis diarias. Tras dos semanas de tratamiento, el 47% de los pacientes pensaban que el cambio a morfina + dextrometorfano les había favorecido y calificaban este tratamiento como bueno o excelente, mientras que menos del 20% calificaba así su anterior opiode ($p = 0,0001$). El estudio se mantuvo hasta un seguimiento de 10 meses con tratamiento combinado y los resultados al cabo de este plazo fueron similares.

Comentario

Los datos en cuanto a la reducción de dosis respaldan los de otros estudios. Las preferencias de los pacientes se trata de una expresión subjetiva. Por este motivo, es difícil conocer, en este y en otros trabajos similares, hasta qué punto puede estar sesgada por otro tipo de factores. En resumen, se reafirma la eficacia analgésica de la combinación de morfina con dextrometorfano y se confirma que este tratamiento combinado permite reducir la dosis equivalente de morfina sin disminuir la analgesia. Sigue sin conocerse su verdadero papel en el dolor oncológico y el beneficio terapéutico real que puede aportar, expresado, por ejemplo, como reducción de efectos secundarios, comodidad o precio.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 04-06-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Actitudes de los médicos y opiniones respecto de la comunicación del diagnóstico a los pacientes de cáncer.

Grassi L, Girdali T, Messina EG, Magnani K, Valle E, Cartei G. Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. Supportive Care in Cancer 2000; 8 (1): 40-45.

El objeto de este estudio italiano era conocer las actitudes y opiniones respecto de la información del diagnóstico de cáncer en un grupo de médicos. Se remitió un cuestionario de 10 ítems que fue contestado por 675 médicos de Udine (Norte de Italia). Tan sólo un 45% indicó que en principio el paciente debe ser informado siempre de su diagnóstico. El porcentaje de los que siempre informaban en la práctica clínica era todavía menor, el 25%.

Los cirujanos empleados en hospitales tendían a informar más que los médicos de atención primaria y los de más edad. Un tercio de los que respondieron al cuestionario opinaban que el paciente no desea conocer nunca la verdad. Los médicos hospitalarios opinaban que el hospital era el sitio ideal para informar al paciente, al contrario de lo que opinaban los médicos de primaria. Casi todos los médicos apoyaban la presencia de la familia cuando se desvela el diagnóstico, pero al mismo tiempo reconocían que la mayor parte de las familias desean que el paciente no sea informado.

El 86% de los médicos que respondieron indicaron que desearían tener unas guías para dar malas noticias, aunque los médicos más veteranos necesitaban menos de las mismas ($P < 0.01$).

Comentario

Como reconocen los autores del trabajo este estudio adolece de varias limitaciones (índice de respuesta al cuestionario postal del 54.21% y circunscripción geográfica muy limitada). Por tanto no cabe generalizar los resultados a toda Italia. Sin embargo resulta muy significativo que los resultados obtenidos son muy similares a los recogidos en estudios parecidos en España.

En la discusión del trabajo se hace hincapié en la ineficacia de guías y protocolos para el manejo de la información a la hora de modificar de forma permanente la actitud del profesional en ausencia de talleres especializados específicos.

Finalmente recomiendo al lector una aproximación flexible al problema, sin ideas preconcebidas ni complejos de inferioridad culturales. Ver sobre el mismo tema: Centeno Cortés C, Núñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. Medicina Clínica(Barc) 1998; 110: 744-750.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Juan Manuel Núñez Olarte, 05-06-2000
Hosp. Univ. Gregorio Marañón. Madrid.

El empleo de esteroides para el tratamiento de la obstrucción intestinal inoperable en pacientes de cancer terminal.

Laval G, Girardier J, Lassauniere JM, Leduc B, Haond C, Schaerer R. The use of steroids in the

management of inoperable intestinal obstruction in terminal cancer patients. Palliative Medicine 2000; 14: 3-10

Se trata de un estudio multicéntrico, randomizado y doble ciego, realizado en 12 Unidades de Cuidados Paliativos de Francia. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de los corticosteroides en la obstrucción intestinal. Se reclutaron pacientes con obstrucción intestinal inoperable y cancer avanzado. Para el diagnóstico de obstrucción intestinal el paciente debería reunir al menos tres criterios de los siguientes: vómitos, al menos dos diarios; dolor cólico abdominal; no eliminación de gases intestinales en las últimas 12 horas; ausencia de deposiciones en los últimos 4 días con impactación fecal descartada; distensión abdominal; niveles hidroaéreos en radiografía de abdomen o ausencia de gas en colon.

58 pacientes fueron randomizados en tres grupos para recibir tres días de tratamiento intravenoso: Grupo A placebo, grupo B metilprednisolona 240 mg al día, grupo C metilprednisolona 40 mg al día. Se evaluó la persistencia o la desaparición de síntomas en el el cuarto día. Este estudio de respuesta en los síntomas se realizó según la utilización concomitante o no de sonda nasogástrica (con sonda 12 pacientes, sin sonda 40 pacientes). En los pacientes con sonda (n=12) el alivio de síntomas se obtuvo en el 60% de los casos para los que tomaron corticoides frente al 33% de los que tomaron placebo. En los pacientes sin sonda (n=40) el alivio con corticoides se obtuvo en 68%, en el grupo del placebo en el 33% de los casos.

Los autores concluyen que los esteroides resultan eficaces en el alivio de síntomas de la obstrucción intestinal. Ninguna conclusión puede extraerse sobre la dosis más conveniente a utilizar.

Comentario

Aunque la pregunta que este estudio se plantea resulta atractiva, un diseño poco claro y el fracaso en el reclutamiento previsto (se comprometieron 31 unidades pero solo 12 reclutaron algún paciente) complica el análisis de resultados al obtenerse subgrupos de comparación de muy pequeño tamaño. Respecto al diseño señalar que solo tres días de tratamiento pueden resultar insuficientes para valorar respuesta a una obstrucción establecida. Los resultado avalan el empleo de esteroides en la obstrucción pero seguimos sin disponer de una pauta de dosis comprobada. No se encuentra en el texto justificación de los autores a la elección del corticoide -metilprednisolona- y la vía de administración -intravenosa-. En nuestro medio posiblemente es más frecuente el empleo de dexametasona por vía subcutánea.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 06-06-2000
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Fomentar el bienestar psicológico frente a una enfermedad grave: cuando teoría, investigación y práctica se comunican entre sí.

Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. Psycho-Oncology 2000, 9:11-19

Este artículo describe la interacción entre la teoría, la investigación y la práctica en lo que se refiere al bienestar psicológico durante la enfermedad grave. Las ideas emergen de dos líneas independientes de trabajo; una que se desarrolla a través de la práctica clínica dentro del modelo médico, y otra que se desarrolla a través de la teoría y de la investigación dentro de un modelo comportamental. Cada una de estas líneas de trabajo acentúan de manera independiente la importancia de centrarse en el bienestar psicológico y en los procesos de afrontamiento que lo apoyan, como complemento del enfoque tradicional de ambas centrado en los síntomas psiquiátricos. Describe además un marco teórico para el estudio del bienestar psicológico en la enfermedad grave. En este marco se definen también variables que se ha visto que pueden estar contribuyendo específicamente al bienestar y, finalmente, basándose en la teoría y la investigación, se describe un programa terapéutico. Este programa incluye tres aspectos fundamentales: 1) crear una oportunidad para el desafío: averiguando lo que es importante para el paciente, estableciendo objetivos y enfatizando las oportunidades para el control personal; 2) promover la consecución de objetivos y 3) mantener un estado de ánimo positivo repasando sucesos agradables con el sujeto.

Comentario

Ultimamente se está dando más importancia a los síntomas psicosociales diferentes de ansiedad y depresión en la enfermedad grave. Dentro de ellos, el bienestar ocupa un lugar importante, sobre todo si tenemos en cuenta que éste influye en la calidad de vida de los pacientes, así como en la enfermedad y en otros síntomas de la misma, como por ejemplo en el dolor. En un estudio reciente, se encontró que en un 80% de los pacientes de cáncer aparece una reducida sensación de bienestar.

La importancia de este artículo estriba en ese intento de alentar y promover entre los investigadores y los clínicos la atención al desarrollo y mantenimiento de este bienestar psicológico, ya que el manejo adecuado de los pacientes graves requiere atender a este y a otros síntomas psicosociales y no sólo a determinados síntomas psiquiátricos.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 07-06-2000
Clínica Universitaria de Navarra

Aspectos del control eficaz del dolor 1: valoración y educación.

Davies J, McVicar A. Issues in effective pain control 1: assessment and education. International Journal of Palliative Nursing February 2000; 6,2: 58-65

El dolor es un fenómeno complejo con una respuesta individual determinada por las interacciones de los factores físicos, psicológicos, culturales y sociales (Melzack y Wall, 1988, Woodward 1995; Horn y Munafo, 1997). No puede ser medido, y la autovaloración de los enfermos está ampliamente reconocido como el más preciso intento para evaluar su dolor. De todas formas, los resultados de la investigación indican que incluso la autoevaluación es problemática porque enfermería frecuentemente o bien no usa los instrumentos efectivamente o no siempre acepta la autoevaluación. Las razones de ello parecen "enraizadas" en las actitudes y creencias de las enfermeras, y en la comunicación inadecuada. El último problema puede ser mejorado con la utilización eficaz de los instrumentos de dolor, pero los problemas actitudinales son más difíciles de cambiar una vez las barreras están ya establecidas. Éste artículo sugiere que el camino más eficaz de prevenir nuevas barreras es asegurando que la docencia en enfermería en los estudios de pregrado ponga más atención y entrenamiento sustancial en la valoración y control del dolor. Refiriéndose a las propuestas de varios años atrás por el Royal College of Nursing (Davis y Seers, 1991), los autores sugieren que el proceso debe empezar preferiblemente en los seis primeros meses de estudios, y debe incluir estrategias de docencia y aprendizaje que faciliten la exploración personal y por tanto que conduzcan al desarrollo y crecimiento personal. En este sentido, los estudios de postgrado deberían focalizarse en aspectos más especializados de la atención al dolor.

Comentario

El artículo hace una aproximación muy bien documentada al problema de la valoración, la subjetividad y los instrumentos de evaluación del dolor. También sobre los objetivos de un currículum para la formación en dolor y la aproximación docente multiprofesional. Aunque parece un artículo muy básico me sugiere que, para los equipos de cuidados paliativos, es importante revisar y reevaluar la continuidad de los cuidados y las valoraciones de los enfermos con dolor; así mismo la educación al enfermo y sus familiares como recurso terapéutico. Nuestra intervención y aportación hacia otros colectivos con un potencial importante de esta problemática, puede ser no tan sólo en el pregrado, sino también en otros campos como geriatría, atención primaria, medicina interna...

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Nuria Gorchs i Font, 09-06-2000
Centre d'Estudis de Cures Pal.liatives. Vic (Barcelona)

La investigación implica pequeños pasos, no saltos gigantes.

Payne S. *Research involves small steps not giant leaps. International Journal of Palliative Nursing February 2000; 6,2:56*

La mayoría de los centros sanitarios están en un estado de cambio perpetuo. Por regla general, la enfermería en su día de trabajo tiene muy poco tiempo para reflexionar sobre lo que significa calidad. La calidad y el audit están siendo iniciativas muy potenciadas desde los Servicios Sanitarios. La autora de esta editorial pretende estimular la investigación y la colaboración con otras Instituciones y Centros Universitarios. Toda investigación empieza por una buena idea, preferentemente pocas buenas ideas; el siguiente paso es discutir la idea con otros colegas y buscar que no sea ya un aspecto muy investigado. En cuanto a metodología, la autora comenta que ningún método es perfecto, que la hipótesis de trabajo determinará el mejor método de investigación. Clark y Payne (1997) aportaron cómo la metodología cualitativa podría contribuir a la investigación en cuidados paliativos. Los pequeños proyectos de investigación sólo pueden ser útiles si forman parte de una agenda de investigación continuada, y sobretodo si los resultados son publicados, pues pueden ser el trabajo preliminar o un estudio piloto.

Comentario

La autora invita a publicar y recibir feedback de los revisores en el IJPN, siendo resistentes y persistentes, y finaliza dando su visión de la investigación y de la adquisición de nuevos conocimientos en cuidados paliativos y enfermería: numerosos pequeños pasos hacia la luz más que gigantes pasos hacia la oscuridad. Me ha sugerido que existen múltiples iniciativas en equipos de enfermería que se quedan en el cajón. O bien por falta de ayudas técnicas o por falta de recursos, y es una pena que no se puedan publicar con todas las críticas, siempre con visión positiva, que sean de menester. Creo que numerosos proyectos sobre úlceras, constipación, cuidados de la boca, valoración, ... quedan en interesantísimas ideas que requieren un toque metodológico y literario para su reconocimiento y difusión. Por otro lado los equipos de cuidados paliativos se pueden beneficiar de conocimientos sobre metodología cualitativa para avanzar en algunas áreas de investigación. Desde aquí animar al colectivo de enfermería a publicar en Medicina Paliativa aspectos más propios de su disciplina para aportar más objetivamente al resto de los equipos.

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Nuria Gorchs i Font, 10-06-2000
Centre d'Estudis de Cures Pal.liatives. Vic (Barcelona)

El impacto de la pérdida sobre los adolescentes: el desarrollo de medidas de soporte adecuadas.

Mearns SJ. *The impact of loss on adolescents: developing appropriate support. International Journal of Palliative Nursing January 2000; 6,1:12-17*

La mayoría de la literatura examina la pérdida y el duelo en la experiencia del adulto o del niño y olvida el impacto único que el duelo tiene en los adolescentes durante una fase muy turbulenta de la vida a nivel emocional, física y psicosocial. Esta revisión de la literatura explora los conocimientos actuales en cuanto al impacto de la pérdida en adolescentes y la forma en que los mecanismos de apoyo efectivos pueden ser promovidos desde cuidados paliativos. Las reacciones adaptativas y maladaptativas del duelo son descritas y circunscritas a los estados de desarrollo únicos en la adolescencia. Algunos estudios han revelado que los adolescentes que han tenido una red social de familia próxima y un par de miembros con comunicación abierta y de soporte, han tenido resultados de duelo más sanos. Una parte importante del rol de enfermería es promover y facilitar este proceso pre y post duelo. Algunos adolescentes pueden ser reacios a aceptar una intervención individual y pueden beneficiarse mejor en grupos de apoyo organizados con un apoyo formal más aceptado y relajado. Se destacan recomendaciones prácticas y distintos caminos para mejorar el apoyo, también para aumentar el conocimiento de las necesidades de los adolescentes en duelo.

Comentario

Es una amplia revisión bibliográfica hecha por una enfermera de planta de un hospice escocés. Creo que el punto más importante que destaca es la posible intervención de enfermería ya desde el primer momento, trabajando el duelo anticipatorio, la valoración inicial y el aportar información privilegiada para el resto del equipo. Conocer la adolescencia y cómo reacciona ante un proceso de duelo es de gran utilidad para trabajar la educación sobre las reacciones normales tanto al adolescente como a la familia. Se debe tener en cuenta en las unidades de cuidados paliativos las confrontaciones con otros pacientes y enfermedades, con los cambios constantes de equipo y el ambiente no familiar; factores que pueden detener las expresiones abiertas de duelo, sobretodo en un colectivo que tiende a negar y suprimir sentimientos. Creo que el artículo requeriría un comentario de un "especialista" en el tema y con más experiencia para hacer una crítica más elaborada y poder dar la posibilidad de otras referencias y experiencia propia.

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Nuria Gorchs i Font, 12-06-2000
Centre d'Estudis de Cures Pal.liatives. Vic (Barcelona)

Deterioro cognitivo relacionado con el SIDA: de los cuidados paliativos a la rehabilitación

Stephenson J, Woods S, Scott B, Meadway J. HIV-related brain impairment: from palliative care to rehabilitation. International Journal of Palliative Nursing January 2000; 6,1: 6-11

El deterioro mental es una manifestación distresante del SIDA, caracterizada por el progresivo deterioro cognitivo llegando eventualmente a la demencia y a la muerte. Los enfermos con deterioro mental avanzado son clínicamente de difícil manejo y a menudo requieren cuidados residenciales. En 1997 se abrió una unidad de 7 camas en el Mildmay Hospital en Londres para conocer las necesidades de este grupo de enfermos. Empezó con una enfermera como responsable de la unidad y ha ido adoptando una aproximación interdisciplinar de los cuidados. De su experiencia, 15 enfermos admitidos durante el primer año, "emerge que mientras la condición de muchos enfermos evoluciona hacia la muerte (7 personas con una estancia media de 151 días), otros mejoran suficientemente con rehabilitación y tratamiento farmacológico para volver a vivir independientemente (3 personas con una media de estancia de 373 días), y otros no experimentan mejoría (4 altas). Con una gran diversidad de problemas y situaciones se plantean otros objetivos como: ingresos de valoración (inicialmente de 2 semanas, actualmente de 4), cumplimiento farmacológico, valoración de riesgos en la comunidad, conexión con servicios de referencia en agudos, trabajo conjunto con servicios de neurología, unidades de demencia y psiquiatría, y nuevos recursos de apoyo en la comunidad.

Comentario

La evolución estos últimos años de los tratamientos y el cambio del curso de la enfermedad de la SIDA ha cambiado la intervención desde los cuidados paliativos, del control de síntomas en la fase terminal al soporte más rehabilitador. La experiencia descrita, aunque con una escasa casuística, muestra un recurso de larga estancia con unas peculiaridades muy propias al tipo de necesidades de este colectivo. A pesar de que se requeriría más investigación creo que es una buena iniciativa, con una flexibilidad suficiente para afrontar distintos niveles de capacidad física y cognitiva.

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Nuria Gorchs i Font, 11-06-2000
Centre d'Estudis de Cures Pal.liatives. Vic (Barcelona)

Influencias negativas y positivas del apoyo social en la depresión en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: Un estudio prospectivo.

De Leeuw JR, De Graeff A, Ros WG, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JM. Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: A prospective study. Psycho-oncology 2000 9:20-28

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello se tienen que enfrentar no sólo a un diagnóstico amenazante para su vida, sino también, y como consecuencia del tratamiento, a una apariencia física alterada o desfigurada y a la pérdida o deterioro de funciones importantes. En consecuencia, estos pacientes son más propensos a padecer problemas psicosociales. El apoyo social, por su parte, podría estar influenciando su habilidad para adaptarse a su enfermedad y a su tratamiento.

El objetivo de este estudio prospectivo es el de examinar la influencia de diferentes aspectos del apoyo social en la sintomatología depresiva de pacientes con cáncer de cabeza y cuello tratados con cirugía y/o radioterapia. Los pacientes cumplimentaron un cuestionario antes del tratamiento y seis meses después del mismo, referente al apoyo recibido y disponible, la extensión de la red social, los síntomas depresivos y las quejas de salud general.

Se encontró que el apoyo recibido está asociado con más sintomatología depresiva de base, mientras que el apoyo disponible conlleva menos sintomatología depresiva. Esta relación entre el apoyo social y los síntomas depresivos era especialmente notable en pacientes con pocas quejas de salud.

Mientras que la disponibilidad de apoyo parecía ser beneficiosa independientemente de la situación, el efecto del apoyo social recibido era menos claro.

El suministro de soporte debería adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente.

Comentario

Se ha discutido enormemente sobre los elevados niveles de distrés psicológico y especialmente de síntomas depresivos en relación con el cáncer de cabeza y cuello. Sin embargo, aún no se han especificado cuáles son los factores psicosociales que predicen el estado de ánimo depresivo en esta población. De ahí la importancia de llevar a cabo estudios como el de este artículo, encaminados a esclarecer las relaciones existentes entre los diferentes tipos de apoyo social y la sintomatología depresiva. El apoyo social es un proceso con múltiples componentes, que como vemos aquí, pueden influir de manera diferente en este tipo de pacientes. La cantidad y el tipo de apoyo necesario puede variar en función de las características personales del enfermo y del estadio de su enfermedad.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 07-06-2000
Clínica Universitaria de Navarra