

## **BIBLIOTECA TELEMÁTICA**

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)



**10ª Entrega. Marzo 2002.**

## INDICE

Articulo	Pag.
¿Influye en la calidad de vida el conocimiento del diagnóstico?. Determinantes del funcionamiento emocional en un grupo de pacientes oncológicos en Turquía.	1
Morfina en el tratamiento del dolor por cancer. Una guía práctica.	1
Calidad de vida en cuidados paliativos oncológicos: resultados de un ensayo randomizado por grupos.	2
Depresión en los cuidados paliativos: informe pragmático del Grupo de Trabajo de Expertos de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos.	2
Recomendaciones clínicas sobre el tratamiento de la obstrucción intestinal en pacientes con cáncer en fase final.	3
Dolor episódico: reunión de consenso de un grupo de trabajo de expertos de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos.	4
Síndrome de desmoralización, un diagnóstico psiquiátrico de interés para cuidados paliativos.	4
El duelo de los profesionales de la salud: Un modelo basado en el afrontamiento y el estilo ocupacional.	5
Detección de los problemas sociales en pacientes con cáncer.	5
Eutanasia: Encuesta y documento oficial de la Asociación Suiza de Cuidados Paliativos.	6

### ¿Influye en la calidad de vida el conocimiento del diagnóstico?. Determinantes del funcionamiento emocional en un grupo de pacientes oncológicos en Turquía.

*Bozcuk H, Erdogan V, Eken C, Çiplak E, Samur M, Ozdogan M, Savas B. Does awareness of diagnosis make any difference to quality of life?. Determinants of emotional functioning in a group of cancer patients in Turkey. Support Care Cancer (2002) 10:51-57*

Introducen los autores el artículo citando las importantes diferencias en las actitudes ante el conocimiento del diagnóstico por parte de pacientes, familiares y profesionales. También destacan la validez del test EORTC QLQ-C30 para calidad de vida.

**Pacientes y Métodos:** 100 pacientes oncológicos fueron incluidos en el estudio en los meses de abril y mayo del año 2000. De ellos 56 conocían y 44 no conocían el diagnóstico. Se completaron los cuestionarios del EORTC QLQ-C30 y además se anotaron el estadiaje TNM, el diagnóstico, el performance status, la comorbilidad, la duración de la enfermedad en meses, las características sociales, la educación recibida en años, los ingresos, el soporte familiar, la cobertura de seguridad social y varios parámetros de laboratorio (albúmina, ALT, calcio, Creatinina y LDH). Se realizó análisis estadísticos comparando la asociación de unas variables con otras.

**Resultados:** No existen diferencias significativas en la puntuación del EORTC QLQ-C30 entre los pacientes que conocen y los que no conocen su diagnóstico. El funcionamiento emocional (las variables bueno o malo se definen en el estudio), no se relacionaba con el conocimiento del diagnóstico, sin embargo, sí que se relacionaba el buen funcionamiento emocional con valores menores de ALT ó LDH, con el sexo masculino, con la peor situación social, con el estreñimiento y con algunas combinaciones altas y bajas en algunas subescalas del test de calidad de vida (en todos ellos valores  $p < 0,10$ )

**Discusión:** En primer lugar explican el no encontrar diferencia con significación estadística en la puntuación del test de calidad de vida entre pacientes que conocen y no conocen. Refieren que se demuestra que la verdad no empeora la calidad de vida, aunque para los autores, no ha sido un buen sistema el medir en cada paciente el test en un momento distinto (aleatorio) después del conocimiento de su enfermedad. No es extraño que aparezca relación entre situación social y funcionamiento emocional. La relación entre la variable emocional mala y el sexo la explican por la mayor importancia que dan las mujeres a su imagen corporal (aportan 2 citas bibliográficas), la relación con el estreñimiento para ellos es inesperada y los valores de LDH y ALT la explican porque se asocia con hepatotoxicidad de los tratamientos antitumorales, lo cual crea ansiedad en el paciente.

#### Comentario

Es un estudio que, añadido a otros similares, refuerza la idea de que la verdad casi nunca es negativa. La segunda parte es algo confusa, cuando se miden tantas variables sin buscar nada en concreto, y con muestras moderadas ( $n = 100$ ), puede ocurrir, como en este caso, que aparezcan algunas asociaciones estadísticas para las que es inútil dar explicación si no hay otros trabajos que aporten más evidencia.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** Javier Rocafort Gil, 01-03-2002  
Programa regional de Cuidados Paliativos. Servicio Extremeño de Salud.

### Morfina en el tratamiento del dolor por cancer. Una guía práctica.

*Donnelly S, Davis MP, Walsh D, Naughton M. Morphine in cancer pain management: a practical guide. Support Care Cancer (2002) 10:13-35*

Para los autores de este trabajo, la morfina, segura y efectiva, es el opioide de elección para el dolor crónico severo. La vía oral es la preferida por sencillez, conveniencia y economía. Con esta introducción inician una amplia revisión sobre todas sus características.

**Farmacocinética:** Hay una revisión de la glucuronización hepática y los metabolitos resultantes. La hiperalgesia y el mioclonus son menos frecuentes por vía ev que por la oral, de forma que proponen que la neurotoxicidad no depende de la morfina sino de sus metabolitos. El fallo hepático no afecta especialmente si no es muy grave pero sí hay que corregir las dosis según el aclaramiento de creatinina.

Se mencionan las interacciones con otras drogas, destacando las fenotiacinas, antidepresivos tricíclicos, cimetidina, cisaprida, fenitoína, barbitúricos, rifampicina, gabapentina, ranitidina, metoclopramida, lorazepam, ciprofloxacino o diclofenaco, entre otros. Por último, hace referencia a que las altas dosis de morfina no afectan adversamente a la supervivencia del paciente.

**Indicaciones:** Refiere que un 20 % de pacientes responde mal a la morfina, en especial si padecen cefaleas, dolor cólico secundario a oclusión intestinal o dolor óseo. Además del dolor, puede usarse para tratar disnea, tos o diarrea.

**Dosis:** Propone como dosis de comienzo vía oral de 2,5 a 5 mg cada 4 a 6 horas, aunque hay que titular durante una media de 2,3 días. En su experiencia, la titulación parenteral y las dosis de rescate se hacen según una pauta de morfina en infusión endovenosa.

**Efectos secundarios:** El de mayor prevalencia (77%) es la boca seca (citan el bicarbonato o la pilocarpina para su manejo), también frecuentes las náuseas, sobre todo en mujeres, o el estreñimiento, que precisa a menudo

tratamiento con varias drogas. Se hace referencia en el trabajo a otros efectos como la sedación, las mioclonías, la depresión respiratoria o el edema de pulmón. No recomiendan el uso de naloxona a no ser que se vea comprometida la vida del paciente.

Vías de administración: En el 60% de los pacientes puede pautarse morfina oral hasta el momento de la agonía. En el resto de los casos la morfina puede darse por vía parenteral (de elección la subcutánea). La equivalencia oral – rectal es 1:1, al igual que la equivalencia entre endovenosa y subcutánea. Proponen un factor de conversión de 3 a 1 entre las vías oral y subcutánea. La morfina epidural es 10 veces más potente que la subcutánea y la intratecal 100 veces más potente. La vía intravaginal es anecdótica y cita dos trabajos que constatan eficacia de la vía tópica. Finaliza la revisión con una tabla de equivalencia de distintos opioides.

### Comentario

Los autores, de la Cleveland Clinic Foundation, repasan en este trabajo 302 citas bibliográficas y abordan prácticamente todos los aspectos del tratamiento del dolor oncológico con morfina. Es un recomendable ejercicio de repaso y puesta al día el leer el artículo completo. Se complementa con algunas experiencias propias, como las recomendaciones para infusión continua y rescates endovenosos. Se acompaña de 9 buenas tablas que conviene tener cerca como referencia. 23 páginas muy aprovechables en las que encontrar casi todos los datos. Hubiese sido bueno contar también con su experiencia en la rotación de opioides desde o hacia morfina.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** Javier Rocafort Gil, 02-03-2002  
Programa regional de Cuidados Paliativos. Servicio Extremeño de Salud.

### Calidad de vida en cuidados paliativos oncológicos: resultados de un ensayo randomizado por grupos.

*Jordhoy MS, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. J Clin Oncol 2001 Sep 15;19(18):3884-94.*

El objetivo de este trabajo es la determinación del impacto de un Programa Integral de Cuidados Paliativos en la calidad de vida de pacientes oncológicos terminales. En él se compara mediante 2 escalas, por un lado, una intervención basada en la cooperación entre una Unidad de Cuidados Paliativos y los Servicios Sanitarios Comunitarios con, por otro lado, la aplicación de cuidados paliativos convencionales.

No se encontró mejoría en ninguno de los factores de calidad de vida comparando el grupo de intervención con el grupo control. Este resultado concuerda con el de otros ensayos clínicos que han evaluado el impacto sobre los pacientes de un Programa Integral de Cuidados Paliativos.

El programa estudiado presentaba una amplia oferta de posibilidades de atención sanitaria. Este resultado plantea la cuestión de si es posible conseguir una mejoría significativa en la calidad de vida cuando los objetivos de programas de cuidados paliativos se definen de una forma muy amplia. Los investigadores sugieren que investigaciones futuras sobre calidad de vida en cuidados paliativos deban concentrarse en evaluar el efecto de estrategias más específicas en subgrupos relevantes de pacientes. Modelos de Programas Integrales de Cuidados Paliativos pudieran ser mejorados mediante el establecimiento de protocolos claramente definidos para el control de síntomas o el manejo de problemas específicos. Estos deberían ser seguidos obligatoriamente por todo el personal implicado.

### Comentario

Los resultados de este estudio llaman poderosamente la atención. ¿Cómo es posible que un Programa Integral de Cuidados Paliativos no proporcione una clara, cuando menos algún grado de mejoría en la calidad de vida de los pacientes terminales?

Estudios precedentes sobre el mismo tema muestran conclusiones similares. Sin embargo existen una serie de factores que restan cierta validez a los mismos. Algunos estudios randomizados, así como otros no randomizados han recibido críticas debido a su metodología. En los primeros, una mayoría de los instrumentos de medida no habían sido desarrollados o validados previamente para pacientes con cáncer en general o para los incluidos en un programa de cuidados paliativos. Por otra parte, la falta de unos objetivos de estudio claramente definidos junto a una amplia gama de resultados obtenidos dificultan la interpretación de los resultados del ensayo.

Dada la importancia y lo interesante del tema, serían necesarias futuras investigaciones para constatar o corregir estos resultados, así como para introducir mejoras en los Programas Integrales de Cuidados Paliativos para lograr su principal objetivo: mejorar la calidad de vida del paciente terminal.

Otras revistas

**Revisor:** José Centeno Mattern, 03-03-2002  
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

### Depresión en los cuidados paliativos: informe pragmático del Grupo de Trabajo de Expertos de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos.

Stiefel R, Die Trill M, Berney A, Olarte JM, Razavi A. *Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. Support Care Cancer 2001 Oct;9(7):477-88*

El objetivo de este estudio era resumir los conocimientos relevantes sobre la depresión en los cuidados paliativos y proporcionar un marco para los esfuerzos clínicos, científicos y educacionales para mejorar su tratamiento. El Comité Directivo de Investigación (RSC) de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) creó un Grupo Experto de Trabajo (EWG) para tratar el asunto de la depresión en los cuidados paliativos. A cada profesional invitado se le asignó un tema específico y se le pidió que revisara el material publicado. Estas revisiones fueron presentadas durante el Sexto Congreso de la EAPC en 1999 y luego debatidas en una reunión a puerta cerrada con miembros del RSC. Basándose en estas revisiones, y en los debates que siguieron a su presentación, se produjo una primera versión del documento y se hizo circular entre los profesionales invitados y los miembros del RSC que habían asistido a las reuniones. Tras algún que otro debate el manuscrito fue revisado, y se puso en circulación una segunda versión, esta vez también para los miembros del RSC que no habían asistido a las reuniones. Todas las personas consultadas han coincidido con esta última versión del informe. El EWG llegó a la conclusión de que el estado actual del estudio no se presta al desarrollo de pautas clínicas y decidió publicar los resultados de su trabajo como un informe pragmático. El informe está dividido en cuatro secciones, enfocadas hacia la detección, capacitación y tratamiento farmacológico y no farmacológico de la depresión en los cuidados paliativos. Para cada una de estas secciones, las consideraciones generales se tratan sobre la base de la revisión del material y de la experiencia clínica y se proporciona una pequeña descripción de sugerencias y asuntos sin resolver. La detección y el tratamiento inadecuados de la depresión constituyen un serio problema en los cuidados paliativos. Debería tener máxima prioridad por lo tanto la instrucción del personal no perteneciente al área de psiquiatría. Se propugna por una estrategia pro-activa, flexible y global que abarque aspectos clínicos, científicos y educacionales.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 04-03-2002  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.

### **Recomendaciones clínicas sobre el tratamiento de la obstrucción intestinal en pacientes con cáncer en fase final.**

*Carla Ripamonti, Robert Twycross, Mary Baines, Federico Bozzetti, Stefano Capri, Franco De Conno, Brett Gemlo, Trevor M.Hunt, Hans-B.Krebs,*

*Sebastiano Mercadante, René Schaerer, Pauline Wilkinson. Clinical-practice recommendations for the management of bo*

El documento destaca una serie de preguntas que los médicos tienen que plantearse al enfrentarse con pacientes en fase terminal con cáncer y obstrucción intestinal: ¿Será capaz el paciente de resistir a una operación? ¿Existe un lugar para la prótesis o el stent? ¿Es necesario utilizar una sonda nasogástrica (NGT) con pacientes inoperables? ¿Qué fármacos son las indicadas para el control del síntoma, cuál es el modo adecuado de su administración y cuáles pueden ser administrados juntos? ¿En qué casos podría considerarse una gastrostomía de evacuación? ¿Qué papel desempeñan la nutrición parenteral (TPN) y la hidratación parenteral (PH)? Se creó un equipo de trabajo para revisar las cuestiones relativas a la obstrucción intestinal en el cáncer en fase terminal y determinar las sugerencias para su tratamiento. La Junta Directiva (multidisciplinaria) de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) creó un grupo directivo para seleccionar los miembros del equipo de profesionales, a quienes se requería que tuviesen unos intereses clínicos y de investigación específicos relacionados con el tema, además de haber publicado en los últimos cinco años documentos significativos sobre pacientes con cáncer avanzado, o poseer una determinada experiencia clínica reconocida internacionalmente. La constitución final de este grupo fue aprobada por el Comité de la EAPC. Este Grupo de Trabajo estaba compuesto por médicos ingleses, franceses e italianos asociados al campo de los cuidados paliativos para pacientes con cáncer avanzado o terminal y por cirujanos ingleses, americanos e italianos especializados también en nutrición artificial (Dr. Bozzetti) y un catedrático de economía de la salud. Aplicamos una metodología de revisión sistemática que mostrara la relativa carencia de los RCTs en esta área y la importancia de los informes clínicos y retrospectivos de los distintos autores de diversos países. El cometido era revisar los datos publicados pero también proporcionar opinión clínica donde se carecía de datos. Las sugerencias reflejan la práctica clínica especializada en los países representados. A cada miembro del grupo se le asignó una cuestión específica y se le ordenó que revisara el material y aportara un documento con una toma de postura sobre los indicios, ventajas y desventajas de cada tratamiento sintomático. Los documentos oficiales fueron distribuidos y posteriormente se debatieron en una reunión celebrada en Atenas y a la que asistieron todos los miembros. El grupo revisó todos los datos disponibles, debatió las pruebas y también qué sugerencias prácticas podrían derivarse de ello. Se presentó un resumen inicial de los resultados de la revisión y de las sugerencias. Donde había lagunas en las pruebas, se logró el consenso mediante debate. Sólo se han incluido las conclusiones unánimes. En consecuencia las sugerencias fueron extraídas conjuntamente por Carla Ripamonti (Presidenta) y Robert Twycross (Vicepresidente) y perfeccionadas mediante la contribución de todos los miembros. Las sugerencias han sido aprobadas por la Junta Directiva de la EAPC. La conclusión fue que la cirugía no debería utilizarse rutinariamente en pacientes con un pronóstico insatisfactorio, como carcinomatosis intraabdominal, escasos beneficios y ascitis masiva. La sonda nasogástrica debería utilizarse sólo como medida temporal. Las medidas médicas como los analgésicos,

fármacos antiseoretoras y antieméticos deberían utilizarse solas o en combinación para mitigar los síntomas. En caso de que fallaran los medicamentos debería tenerse en cuenta una gastrostomía de evacuación para reducir los vómitos a un nivel aceptable. El TPN debería considerarse sólo para pacientes tendentes a morir de inanición más que de propagación del tumor. El PH a veces es el indicado para mitigar las náuseas, mientras que el cuidado regular de la boca es el tratamiento alternativo para la sequedad de la boca. Un enfoque conjunto de cirujanos y médicos puede ofrecer a los pacientes un plan de tratamiento sintomático individualizado y adecuado.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 05-03-2002  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.

### **Dolor episódico: reunión de consenso de un grupo de trabajo de expertos de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos.**

*Mercadante S, Radbruch L, Caraceni A, Cherny N, Kaasa S, Nauck F, Ripamonti C, De Conno F; The Steering Committee of the European Association for Palliative Care (EAPC) Research Network. Episodic (breakthrough) pain: consensus conference of an expert working group of the European Association for Palliative Care. Cancer. 2002;94(3):832-9.*

**ANTECEDENTES:** El dolor irruptivo (breakthrough) es la exacerbación transitoria del dolor que se produce por encima del dolor persistente estable. Las grandes diferencias en la estimación de la incidencia reportada en el material publicado estriban probablemente en las distintas versiones y significados atribuidos a la definición de dolor intermitente.

**MÉTODOS:** Un grupo de expertos se reunió para establecer el conocimiento actual sobre el dolor irruptivo, de acuerdo con las evidencias en los trabajos publicados y con la experiencia. Acordaron que el dolor episódico o momentáneo podría ser un término más simple y adecuado en la mayor parte de las lenguas, incluyendo el inglés, francés, italiano y español.

**RESULTADOS:** Una valoración específica y una caracterización precisa del dolor son imprescindibles para programar los tratamientos más adecuados. A pesar de la relevancia de este tipo de dolor temporal en las consecuencias y la calidad de vida, se han realizado pocos estudios controlados para probar un enfoque específico. Diversas experiencias han probado la posible eficacia de distintas drogas, vía de administración y modos de administración en las distintas circunstancias.

**CONCLUSIONES:** Se requieren posibles estudios con tratamientos anteriores que utilicen terminologías similares

para encontrar la intervención terapéutica más adecuada, de acuerdo con las características temporales y el mecanismo de dolor implicados.

### **Comentario**

El tema es controvertido. Es sabido que muchos pacientes continúan padeciendo distintos síndromes de dolor con un modelo temporal típico, y que la presencia del dolor irruptivo es un factor de pronóstico negativo muy importante. La reunión reveló grandes diferencias en cuanto a definición y enfoque entre Europa y los Estados Unidos. Por ejemplo, en el Reino Unido, este término breakthrough se utiliza a menudo en el contexto de un fallo al final del tratamiento, mientras que en EE.UU. el dolor irruptivo es un aumento temporal de la intensidad del dolor con un dolor controlado añadido. Además, el término "dolor irruptivo (breakthrough)" es típicamente inglés y no tiene ningún equivalente en las demás lenguas europeas, especialmente en los países latinos, donde los pacientes y los médicos sin formación pueden tener ideas falsas sobre la definición de dolor irruptivo. El término dolor "episódico" o "pasajero" parece ser más simple y adecuado en la mayoría de las lenguas, incluyendo el inglés, francés, alemán, italiano y español. El tratamiento para el dolor episódico normalmente sigue la misma pauta que para el del dolor continuo, pero existen opciones de tratamiento específico que utilizan medicación de rescate con analgésicos de corta duración, co-analgésicos y drogas o tratamientos sin drogas a menudo combinados. Se han debatido los algoritmos para la educación y para utilizar un lenguaje común entre los investigadores. Los algoritmos les pueden ser útiles a los médicos para encontrar el mejor tratamiento para los síndromes de dolor específico.

Otras revistas

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 06-03-2002  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.

### **Síndrome de desmoralización, un diagnóstico psiquiátrico de interés para cuidados paliativos.**

*Kissane D, Clarke D, Street A. Demoralization Syndrome- a relevant psychiatric Diagnosis for Palliative Care. Journal of Palliative care 2001 17 (1): 12-21*

Se propone una nueva categoría diagnóstica: el síndrome de desmoralización, por su utilidad en cuidados paliativos para liberar estrés y morbilidad psicosocial en pacientes, familias, profesionales y comunidad. Su conceptualización categórica como síndrome podrá fomentar la mejora en su tratamiento

El núcleo de los rasgos de la categoría diagnóstica del síndrome de desmoralización son : la desesperanza, la

pérdida de significado y el estrés existencial

Las opciones de tratamiento:

- proporcionar continuidad de cuidados y manejo activo de los síntomas
- explorar actitudes acerca de la esperanza y significado de vida
- apoyo balanceado sobre la pérdida con la promoción de esperanza
- explorar nuevos significados y objetivos en la vida
- utilizar terapia cognitiva para reencuadrar creencias negativas
- incorporar counselling pastoral para apoyo espiritual
- promover relaciones interpersonales de apoyo y utilización de voluntarios
- realizar sesiones familiares para fomentar el adecuado funcionamiento familiar
- revisar objetivos de cuidado en las sesiones de equipo interdisciplinar

Journal of Palliative Care

**Revisor:** Pilar Barreto, 07-03-2002

Facultad de Psicología. Universidad de Valencia

### **El duelo de los profesionales de la salud: Un modelo basado en el afrontamiento y el estilo ocupacional.**

*Redinbaugh EM, Schuerger JM, Weiss LL, Brufsky A, Arnold R. Health Care Professionals' Grief: A Model Based on Occupational Style and Coping. Psycho-Oncology 2001; 10: 187-198*

Este artículo propone un modelo hipotético que conceptualiza las reacciones de duelo en los profesionales de la salud que trabajan con pacientes terminales. El modelo integra tres áreas de la literatura en este campo, el burnout, los estilos de afrontamiento y los intereses ocupacionales y de personalidad. Sugieren que el duelo relacionado con el estrés producido por el trabajo puede culminar en burnout afectando a cerca del 50% de los médicos que tratan enfermos terminales y críticos, y que las estrategias de afrontamiento que pueden reducirlo difieren entre los distintos profesionales. El modelo hipotético utiliza teorías psicológicas empíricamente apoyadas y explica por qué sucede el burnout, por qué los diferentes profesionales de la salud responden de manera distinta al duelo de las muertes de sus pacientes y cuáles son las estrategias comunes de afrontamiento que promueven la resolución del duelo. Para ello expone una teoría de Holland sobre los intereses ocupacionales y de personalidad que parece ofrecer una explicación a estas diferencias de afrontamiento en función de las diferencias entre las disciplinas.

#### **Comentario**

Este artículo se basa en la teoría de Holland (1985) que propone 6 tipos o estilos diferentes de personalidad (realista, investigador, artístico, social, empresario, convencional) que se corresponderían con 6 entornos laborales. Se trata de una teoría interesante pero quizás algo compleja como para reducirla en un artículo. Varios estudios apoyan la validez de la misma. La literatura sobre estrategias de afrontamiento identifica estrategias adaptativas y desadaptativas y esta teoría sobre los intereses ocupacionales ofrece un amplio abanico para identificar las estrategias que encajan mejor con cada estilo profesional (médicos, enfermeras, psicólogos...) Analizar esto y utilizarlo podría minimizar el grado de burnout y de insatisfacción laboral experimentado por los diferentes profesionales de la salud.

Psychooncology

**Revisor:** Marina Martínez García, 08-03-2002

Clínica Universitaria de Navarra

### **Detección de los problemas sociales en pacientes con cáncer.**

*Wright EP, Selby PJ, Gould A, Cull A. Detecting Social Problems in Cancer Patients. Psycho-Oncology 2001; 10: 242-250*

En este artículo se lleva a cabo un análisis psicométrico del Problems Checklist con el objetivo de evaluar su utilidad como un instrumento de cribaje para problemas sociales en oncología. Para ello se utilizaron datos de un estudio anterior de 505 pacientes que cumplimentaron el listado. Mediante un análisis factorial se obtuvo una estructura de 4 factores relacionados con aspectos de la vida diaria, económicos, emocionales y relacionales. Al analizar la fiabilidad y validez se obtuvo un buen resultado con los factores de aspectos emocionales y económicos. Sin embargo no obtuvieron estos resultados con el factor de relaciones, considerando los autores que la forma en que se pregunta al paciente por sus relaciones familiares plantea dificultades y requiere estudios posteriores. Exponen además la existencia de una correlación entre preocupaciones y dificultades con el estado psicológico y para ello compararon los resultados de la escala con el Anxiety and Depresión Scale (HADS).

Los resultados que obtienen les permiten concluir que la lista es un instrumento útil para resaltar problemas, sin embargo reconocen sus limitaciones como instrumento de cribaje de problemas sociales.

#### **Comentario**

El diagnóstico de cáncer crea no sólo dificultades físicas y emocionales, sino que también impacta en los aspectos sociales de las vidas de los pacientes. Si queremos ofrecer un tratamiento efectivo y adecuado a los pacientes, la

detección precoz de los problemas tanto psicológicos como sociales es una necesidad. Sin embargo, como se desprende de este estudio, existe una dificultad importante para encontrar instrumentos de evaluación sencillos y ágiles que permitan a los profesionales detectar necesidades en el área social y que formen parte de la rutina de evaluación inicial de los pacientes. Sin ellos, nos encontramos con que los problemas se derivan únicamente cuando se trata de casos extremos o es demasiado tarde, con las consecuentes repercusiones además a nivel psicológico por el incremento en ansiedad y depresión que provocan los problemas sociales.

Son necesarios estudios para desarrollar instrumentos diseñados específicamente para detectar estos problemas en la población oncológica y que sean de fácil manejo para incorporarlos en la evaluación inicial de todos los pacientes.

Psychooncology

**Revisor:** Marina Martínez García, 09-03-2002  
Clínica Universitaria de Navarra

### **Eutanasia: Encuesta y documento oficial de la Asociación Suiza de Cuidados Paliativos.**

*Bittel N, Neuenschwander H, Stiefel F. "Euthanasia": a survey by the Swiss Association for Palliative Care. Support Care Cancer. 2002;10(4):265-71.*

Como la Asociación Suiza de Cuidados Paliativos se considera a sí misma como integrante importante en el debate nacional sobre la eutanasia, su Comité decidió realizar una encuesta entre sus miembros. Se envió un cuestionario anónimo a los miembros, que consistía en preguntas tipo test acerca de las posturas a adoptar en situaciones hipotéticas distintas y una pregunta libre sobre el motivo de las respuestas dadas. La tasa lograda de contestaciones en un solo envío fue del 56%. La proporción de los encuestados que se oponían a las distintas formas de eutanasia fue desde el 56% que se oponía al suicidio asistido médicamente hasta el 84% - 90% que se oponía a cualquier acto que acabe con la vida sin ningún motivo explícito (LAWER).

Las principales elementos de decisión utilizados para las respuestas fueron los valores éticos y la experiencia clínica o personal de los encuestados. Los hallazgos más interesantes fueron los relativos a los análisis cualitativos de las respuestas a la última pregunta libre sobre el motivo de dichas respuestas y su relación con las respuestas relativas a las posturas sobre la eutanasia que demuestran la complejidad del tema (1). En base a esta encuesta y a un debate entre los miembros del Comité de la SAPC, se ha publicado un documento oficial en la revista de la asociación médica nacional con las siguientes manifestaciones (2):

Las experiencias clínicas y científicas demuestran que las solicitudes para suicidio asistido y eutanasia se producen en el contexto del sufrimiento físico y psicosocial, y siguen

un modelo adecuado de tratamiento generalmente pasajero. Los cuidados paliativos han experimentado un avance considerable respecto al cuidado clínico de pacientes con enfermedades graves y avanzadas, un hecho que ha desembocado en un importante desarrollo de los cuidados paliativos en determinados países. Una encuesta nacional sobre la oferta para los cuidados paliativos ha demostrado que la oferta de cuidados paliativos es insuficiente, que existen unas diferencias regionales considerables y que los cuidados paliativos aún están enfocados hacia los pacientes con cáncer. La SAPC considera por lo tanto inconsecuente legalizar la eutanasia o el suicidio asistido en Suiza antes de que cada uno de los pacientes gravemente enfermos necesitados de ayuda tengan acceso a cuidados paliativos con controles de calidad. Además, la SAPC desea que se aumente la oferta de cuidados paliativos y que continúe el debate público sobre el fin de la vida.

1. Bittel N, Neuenschwander H, Stiefel F: "Euthanasia": a survey by the Swiss Association for Palliative Care. Support Care Cancer, publicación online No 00520-001-0325

2. Stiefel F, Neuenschwander H: Euthanasie: Der Standpunkt der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP). Schweizerische Aerztezeitung 2001; 82: 1609-1610

Prof. F. Stiefel

Presidente de la Asociación Suiza de Cuidados Paliativos

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 10-03-2002  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.