

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



11ª Entrega. Julio 2002.

INDICE

Articulo	Pag.
Una revisión sistemática del tratamiento de la depresión en Cuidados Paliativos.	1
Dimensiones sensoriales y afectivas del dolor en cáncer avanzado.	1
Reacciones de los oncólogos a las intervenciones verbales de los pacientes.	2
Dando voz al conocimiento menos articulado de los cuidados paliativos: una interpretación	2
Trabajo profesional e interacción efectiva. Ventajas e inconvenientes.	3
Comunicación entre los médicos y los pacientes oncológicos sobre la medicina complementaria y alternativa. Explorando las perspectivas de los pacientes.	3
El EORTC QLQ-C30 (version 3.0) cuestionario de calidad de vida: Estudio de validación para pacientes de cáncer de cabeza y cuello en España	4
Estudio de la evolución de las necesidades psicosociales del enfermo oncológico en situación terminal.	4
Furosemida nebulizada como novedad terapéutica para disnea en pacientes oncológicos terminales.	5
Estudio fase I/II con 6-glucurónido de morfina en pacientes con disnea de origen oncológico.	5
Problemas respiratorios en el cáncer avanzado	6
Estudio multinacional y multicéntrico doble ciego con grupo paralelo comparando una dosis única en 24 h de Ondasetrom VO con placebo y 10 mg de metoclopramida tres veces al día VO en el tratamiento de las náuseas inducidas por opioides.	6
Cuidados de soporte y cuidados paliativos : la experiencia del Instituto Jules Bordet.	7
"Supportive Care in Cancer ": después de 15 años.	7
Morfina en el manejo del dolor por cáncer.	8
Complicaciones orales en el paciente sometido a tratamiento radioterápico por una neoplasia de cabeza y cuello.	8
Manejo de la enfermedad oral previo al tratamiento con radioterapia.	8
Grado de satisfacción con el tratamiento de rehidratación experimentado por pacientes con cáncer terminal: concepto, construcción, desarrollo de una escala e identificación de factores asociados.	9
¿Conocer el diagnóstico cambia la calidad de vida?	9
Compatibilidad física y evaluación in vivo de la combinación de drogas para su infusión subcutánea en pacientes con cáncer en cuidados paliativos.	10
¿Inhibe el acetato de megestrol la secreción de interleukina 6 en pacientes con anorexia y pérdida de peso asociadas al cáncer?	10

Articulo	Pag.
Evaluación del coste beneficio relacionado con la colocación de un filtro en la vena cava inferior en pacientes con cáncer avanzado.	11
Nauseas y vómitos: ¿un problema no resuelto en los pacientes con cáncer?	11
Control de síntomas en los pacientes oncológicos: farmacología clínica y papel terapéutico de los supositorios y las suspensiones rectales.	11
Tratamiento radioterápico de carácter paliativo en el síndrome de vena cava superior en ancianos mediante dos sesiones altas dosis de radioterapia.	11

Una revisión sistemática del tratamiento de la depresión en Cuidados Paliativos.

Lan Ly K, Chidgey J, Addington-Hall J, Hotopf M. Depresión in palliative care: a systematic review. Part 2. Treatment. Palliative Medicine 2002; 16: 279-284

Los autores –el primero de ellos estudiante de medicina– realizan una revisión exhaustiva de la literatura con el objetivo de localizar ensayos clínicos randomizados sobre tratamiento de la depresión en población de cuidados paliativos. Se localizaron tres ensayos sobre tratamientos farmacológicos y ninguno estudio randomizado sobre psicoterapia en pacientes con depresión. En el primer trabajo, Costa et al., 1985, estudiaron 73 pacientes con cáncer “avanzado” (60% cáncer en estadio IV) y compararon el antidepresivo tetracíclico mianserina frente a placebo. Los autores de este ensayo concluyen que los pacientes tratados con mianserina tuvieron una significativa mejoría en la depresión, sin diferencias entre los dos grupos respecto a efectos secundarios. Holland, en 1998, realizó un estudio con 40 pacientes con cáncer avanzado comparando el inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, fluoxetina, con desimipramina, un tricíclico. Los pacientes fueron seguidos a lo largo de seis semanas y los resultados demostraron que ambos fármacos eran igual de efectivos en mejorar la depresión, sin diferencias tampoco en el perfil de efectos secundarios, aunque hubo más abandonos en el grupo del tricíclico. Algunos resultados sugerían que el grupo de la fluoxetina mejoraba más en el ánimo y la intensidad de dolor. Por último, Jonson (1972) estudió la mejoría de síntomas de depresión y ansiedad en un grupo de 50 enfermos “terminales” tratados con el neuroléptico tioridazina, frente a placebo. Concluyó que en las seis semanas de tratamiento había mejoría respecto síntomas de depresión en el grupo tratado con el fármaco, pero éstas eran más marcadas en las primeras semanas de tratamiento que al final.

Los autores de la revisión consideran en la discusión la escasez de trabajos sobre el tema, y la necesidad de realizar investigación de calidad sobre depresión en cáncer terminal. De cara a tratar la depresión en cuidados paliativos ven imprescindible por ahora la extrapolación de resultados de tratamientos antidepresivos en otros grupos de enfermos con otras patologías de base además de la depresión. En trabajos sobre población enferma en general se observa que uno de cada cuatro pacientes con depresión tratados con antidepresivos mejoran a causa del tratamiento. Los antidepresivos son vistos como fármacos seguros y respecto a otros fármacos, en referencia a los psicoestimulantes, afirman que deberían ser vistos como tratamientos experimentales y solo ser utilizados en ensayos clínicos randomizados. Aunque se declaran partidarios del modelo holístico de cuidados tipo Hospice, recalcan que aunque en la oferta de diferentes centros se destaca la existencia de especialistas en counselling, psicólogos clínicos y psicoterapeutas, falta evidencia de la eficacia de sus intervenciones.

Comentario

En un artículo previo, publicado en la misma revista previamente, los autores abordaron la definición de depresión y estimaron la prevalencia de la misma en cuidados paliativos en torno al 15-30%, según los estudios revisados. De este modo nos centran previamente en la magnitud del problema. Este segundo artículo tiene el valor de situarnos en la realidad de la falta de evidencia científica –concepto al uso actual– respecto a la depresión en pacientes terminales. La escasez de trabajos de calidad parece que invita a la prudencia a la hora de abordar el problema del tratamiento de la depresión en cuidados paliativos. Se está escribiendo mucho sobre el particular y sin embargo la base científica es muy escasa. Esto es muy bueno saberlo. Sin embargo, estamos ante un trabajo escrito, parece así, desde las aulas de una Universidad, con criterios rigurosos, pero poca consideración por quien se enfrenta en la clínica con este problema. Nuestra única “evidencia” no son los ensayos randomizados. Ciertamente es que son necesarios, pero hay más literatura científica valiosa que sí orienta al clínico sobre opciones que existen para aliviar la depresión en la fase final. Una “revisión sistemática sobre el tratamiento de la depresión en cuidados paliativos”, como titulan los autores, no debería ignorar otros trabajos serios aunque no randomizados. Además, también fallan los autores al arremeter, en tres ocasiones distintas en su artículo, contra el uso de psicoestimulantes, ignorando que recientemente se han publicado tanto estudios fase II en cáncer terminal (Homsí, 2001), como un importante randomizado con metilfenidato, pemolina y placebo, de impecable diseño (Breitbart, 2001), en enfermos con SIDA. Ambos trabajos muestran resultados que avalan el empleo de psicoestimulantes en enfermos con importante deterioro de su estado general.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 01-07-2002
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Dimensiones sensoriales y afectivas del dolor en cáncer avanzado.

Sela RA, Bruera E, Conner-Spady B, Cumming C, Walker C. Sensory and affective dimensions of advanced cancer pain. Psycho-Oncology 2002, 11:23-34.

Este estudio se diseñó para explorar hasta qué punto el dolor en cáncer avanzado se puede explicar en términos de intensidad física-sensorial y de emociones asociadas al mismo.

Trata de ampliar estudios previos que relacionan algunos estados emocionales con la experiencia de dolor total en cáncer. Para ello emplearon una muestra de 111 pacientes que acudieron por primera vez a una clínica de dolor y control de síntomas. Se aplicaron escalas analógico visuales

(VAS) para cuantificar el dolor y las emociones. Las escalas median intensidad de dolor, frustración, enfado, temor, agotamiento, desesperanza e impotencia. Los resultados muestran que los participantes puntuaron alto en ambos aspectos intensidad de dolor y emociones negativas. En concreto la media de intensidad de dolor físico-sensorial fue muy elevada (87/100). Las emociones negativas más significativas fueron frustración y agotamiento. Contrariamente a lo esperado no se encontraron correlaciones significativas entre miedo e intensidad de dolor. Se encontraron también algunas diferencias significativas en cuanto al género en algunas de las emociones.

Comentario

Este trabajo presenta algunas limitaciones metodológicas que se repiten en varios estudios de este tipo como el hecho de basar los resultados y conclusiones en análisis exclusivamente correlacionales de las variables, que hacen implicaciones causales que podrían no ser ciertas. Los criterios de inclusión son bastante restringidos para tratarse de pacientes con cáncer avanzado (pej. Minimental > 28) y plantean dificultades para su generalización y posterior replicación. Sin embargo abre nuevas áreas de investigación ya que la mayoría de los estudios sobre aspectos emocionales relacionados con el dolor en cáncer se han centrado casi siempre en estados emocionales negativos como ansiedad o depresión, y aquí se miden otras dimensiones que han sido menos estudiadas como la desesperanza, el enfado o la frustración.

Se sabe que existe relación entre el dolor y los aspectos emocionales aunque existe controversia sobre el tipo y dirección de la misma. Esta compleja relación plantea la necesidad de hacer una evaluación multidimensional del dolor que permita también identificar las intervenciones más adecuadas en cada caso. Es difícil llevar a cabo evaluaciones sencillas de los aspectos emocionales pero es necesaria más formación para los profesionales en evaluación y análisis de la interacción de variables psicológicas que pueden intensificar la experiencia de dolor del paciente y/o interferir en el curso de la intervención.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 02-07-2002
Clínica Universitaria de Navarra

Reacciones de los oncólogos a las intervenciones verbales de los pacientes.

Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tattersall MHN, Dunn SM. Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. Psycho-Oncology 2002, 11:47-58

Los pacientes con cáncer tienen una gran necesidad de apoyo tanto a nivel de información como emocional y los

médicos varían en su habilidad para reconocer y tratar esas necesidades. Este estudio trata de investigar los intentos de los pacientes de obtener apoyo de información y emocional a través de intervenciones verbales.

Se eligió una muestra de 298 pacientes con cánceres heterogéneos en los que se grabaron las visitas y se evaluó ansiedad y satisfacción. Posteriormente se analizó el uso de preguntas, las intervenciones indirectas, el tipo de intervención y las respuestas del médico.

Los pacientes realizaron una media de 11 preguntas y 2 intervenciones emocionales, generalmente en el discurso sobre el tratamiento. Hicieron más intervenciones solicitando información que emocionales y los médicos respondieron más a este tipo de intervenciones. La satisfacción y la ansiedad de los pacientes no se vieron afectadas por las respuestas de los médicos a sus intervenciones. Los resultados muestran que los médicos identifican y responden eficazmente a la mayoría de las intervenciones verbales cuando estas solicitan información mientras que están menos atentos y son menos capaces de responder a intervenciones que solicitan apoyo emocional. También encontraron que el hecho de responder a las preguntas de los pacientes no alargó la duración de las consultas ni aumentó la ansiedad de los pacientes.

Comentario

La forma de codificación de los datos y el utilizar una grabación únicamente auditiva no es lo más adecuado para este tipo de estudio, ya que se pierde gran cantidad de información no verbal en la solicitud de apoyo por parte de los pacientes. Emerge una cuestión fundamental y es la falta de habilidades de los médicos para detectar necesidades emocionales en los pacientes cuando éstos no las expresan abiertamente y verbalmente, así como la ansiedad que estas necesidades emocionales generan en los profesionales. Existe un miedo generalizado entre los profesionales de adentrarse en el terreno emocional al tratarse de un campo en el que no se sienten seguros y que consideran muy costoso y difícil de atender y manejar. Es necesario ofrecer más formación a los médicos en este sentido con un entrenamiento en habilidades sencillas de detección y respuesta a estas necesidades emocionales.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 03-07-2002
Clínica Universitaria de Navarra

Dando voz al conocimiento menos articulado de los cuidados paliativos: una interpretación

Dunnice U, Slevin E. Giving voice to the less articulated knowledge of palliative nursing: an interpretative study. Int J Palliat Nurs. 2002;8(1):13-20.

Este artículo detalla un estudio que se llevó a cabo con el fin de poner de manifiesto y ayudar a entender mejor muchos conocimientos poco articulados, algo escondidos o poco visibles, que en la práctica clínica utilizan las enfermeras de cuidados paliativos. El objetivo principal de este estudio fue entender mejor el fenómeno de "conocer" o "saber" como cuidar a enfermos que van a fallecer. Otro objetivo adicional fue explorar influencias percibidas en la aplicación de los cuidados. Se abordó este estudio desde un punto de vista hermenéutico con el fin de explorar experiencias vividas por siete enfermeras que habían trabajado en el paliativos durante más de dos años. Del análisis de los datos se concluye en la importancia de conocer mejor al paciente en un cuadro panorámico amplio de sus circunstancias, conocer mejor la prescripción, el pronóstico de tiempo, de dimensiones éticas, el propio conocimiento y cuidado, el valor de lo justo y lo simple de la práctica clínica, el valor terapéutico de "estar con" los pacientes, la importancia de guías o tutores que no se ven. Se insiste para las enfermeras en las conclusiones en la necesidad de investigar más y se hacen recomendaciones sobre la práctica cotidiana de la educación paliativa.

Comentario

Los resultados del estudio permiten a las enfermeras compartir sus sentimientos (conscientes) que surgen de las experiencias de cuidados paliativos y así estimular la conciencia individual del conocimiento menos articulado que se utiliza en la práctica de Cuidados Paliativos. Los resultados confirman la necesidad de cierta especialización del personal de enfermería para realizar bien cuidados paliativos. Sería recomendable que hubiese más investigaciones que ampliaran la base de conocimientos necesarios para hacer cuidados paliativos y que descubrieran las aportaciones de la enfermería a la calidad y resultados del cuidado del paciente. El estudio señala la importancia que los colegas tienen como fuente de apoyo y aprendizaje compartiendo experiencias y conocimientos y también el valor de experiencias vividas con los pacientes que potencian al máximo el conocimiento activo. El método fenomenológica interpretativa, basado en la reflexión personal de personas con experiencia, ha servido para entender mejor el fenómeno de conocer cómo cuidar a una persona con una enfermedad terminal. La riqueza de conocimiento que hay en las experiencias de las enfermeras que participaron en esta investigación puede ayudar a otras enfermeras que trabajen en esta área a articular mejor sus conocimientos.

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Paulina Pérez Yuste, 04-07-2002

Trabajo profesional e interacción efectiva. Ventajas e inconvenientes.

Cowley S, Bliss J, Mathew A, McVey G. Effective interagency and interprofessional working: facilitators and barriers. Int J Palliat Nurs. 2002;8(1):30-9.

En el Reino Unido la provisión de los cuidados paliativos no es responsabilidad exclusiva del Servicio Nacional de Salud. Los cuidados paliativos se superponen con los cuidados continuados que caen dentro de la jurisdicción de las autoridades locales. Además los servicios de cuidados paliativos y los hospice suelen depender de asociaciones de caridad u ONG, por lo tanto el trabajo interdisciplinar será muy importante para llevar a cabo los cuidados paliativos. Se estudian cuatro casos analizándose la provisión de cuidados paliativos frente a la provisión de cuidados continuos. El análisis identifica los antecedentes, la estructura y los procesos implicados en el trabajo interprofesional. En ambos modelos se identifican problemas. Las actividades, los roles y los servicios específicos individuales parecen menos importantes que la totalidad de la cultura y el compromiso a largo plazo y estable con un servicio en un área determinada. Para que un nuevo servicio se establezca hace falta tiempo para que el equipo sea capaz de superar los obstáculos y desarrollar los elementos necesarios para ofrecer un cuidado de calidad.

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Paulina Pérez Yuste, 05-07-2002

Comunicación entre los médicos y los pacientes oncológicos sobre la medicina complementaria y alternativa. Explorando las perspectivas de los pacientes.

Tasaki K, Maskarinec G, Shumay D, Tatsumura Y, Kakai H. Communication between psychiatrists and cancer patients about complementary and alternative medicine: exploring patients' perspectives. Psycho-Oncology 2002, 11:212-220.

El objetivo de este artículo es identificar las barreras en la comunicación entre médicos y pacientes de cáncer sobre medicina alternativa (MA), explorando las perspectivas de los pacientes. Para ello realizaron entrevistas semiestructuradas a 143 pacientes para explorar sus experiencias en el uso de MA. Se utilizó un método cualitativo de evaluación y examinaron los datos de 93 usuarios de MA que proporcionaron suficiente información sobre temas de comunicación. Menos de la mitad de los pacientes varones y cerca de tres de cada cuatro mujeres usuarios de MA explicaron a sus médicos que estaban usando MA. La mayor parte de los pacientes expresaron haber tenido experiencias negativas al hablar con su médico sobre la MA. Como resultado emergieron tres temas para describir las barreras que provocaban una comunicación sin éxito o una no comunicación desde el punto

de vista del paciente. Estos tres temas fueron los siguientes: la indiferencia u oposición de los médicos hacia el uso de MA, el énfasis de los médicos en la evidencia científica y la anticipación de los pacientes de una respuesta negativa por parte de su médico.

Comentario

El interés de este artículo radica en tratar un tema que es evitado con frecuencia. La MA está teniendo un importante auge entre los pacientes con cáncer en los últimos años. Estudios recientes en EEUU muestran que entre un 50 y un 85% de los pacientes de cáncer refieren al menos un tipo de MA y es un tema que no se trata con el médico. Esta ausencia de comunicación puede afectar negativamente a la salud de los pacientes que pueden estar usando una MA con efectos nocivos o interacciones con su tratamiento. Generalmente los pacientes usan la MA porque aumenta el bienestar físico y emocional, así como la sensación de control al tener un rol más activo en la enfermedad y mantener la esperanza. Puede ser también una estrategia de afrontamiento al usarla como vía de escape. Los curanderos suelen ofrecer amabilidad, escucha y seguridad lo que responde a las necesidades del paciente en este momento. Como recomendación es fundamental no evitar hablar del tema y estar informados para poder discutir con el paciente posibles riesgos y beneficios. Hablar sobre MA no obliga a estar de acuerdo con su uso. Sería conveniente evitar juicios morales y tratar de evaluar y entender los motivos que llevan a ello que podrían responder a necesidades emocionales no cubiertas por el equipo.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 06-07-2002
Clínica Universitaria de Navarra

El EORTC QLQ-C30 (version 3.0) cuestionario de calidad de vida: Estudio de validación para pacientes de cáncer de cabeza y cuello en España

Arrarás JI, Arias F, Tejedor M, Pruja E, Marcos M, Martínez E, Valerdi J. The EORTC QLQ-C30 (VERSION 3.0) Quality of Life Questionnaire: Validation Study for Spain with Head and Neck Cancer Patients. Psycho-Oncology 2002, 11:249-256.

El grupo de EORTC Quality of Life Study ha desarrollado un cuestionario para evaluar la calidad de vida en ensayos clínicos internacionales: El QLQ-C30. El objetivo de este trabajo es el de validar la tercera versión de este cuestionario (3.0) para su uso en España.

Para ello 201 pacientes con cáncer de cabeza y cuello cumplimentaron el QLQ-C30 en uno o dos momentos durante los periodos de tratamiento y seguimiento y una

submuestra cumplimentó el cuestionario en tres ocasiones. Se realizó una evaluación psicométrica de la estructura y de la fiabilidad y validez del cuestionario. Los datos apoyan la estructura y la fiabilidad de las escalas. La validez se confirmó de tres formas: las correlaciones entre las escalas son moderadas y estadísticamente significativas, varias escalas e ítems discriminan entre grupos de pacientes con diferentes puntuaciones de las variables clínicas, y algunas escalas reflejan cambios significativos durante el tratamiento y el período de seguimiento.

Concluyen que el EORTC QLQ-C30 (versión 3.0) es un cuestionario fiable y válido cuando se ha aplicado a una muestra de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Comentario

La evaluación de la calidad de vida ha recibido un interés creciente en los últimos años y la organización europea para la investigación y tratamiento del cáncer (EORTC) tiene un grupo de estudio sobre la calidad de vida en el que una de sus principales tareas es el desarrollo de cuestionarios para la evaluación de calidad de vida en ensayos clínicos internacionales.

Esta nueva versión del QLQ que se valida en este estudio tiene un formato de respuesta para la escala de funcionamiento físico con 4 categorías en lugar de respuestas dicotómicas como las versiones anteriores y se demuestra que tiene una buena respuesta. El cuestionario ofrece unos índices de fiabilidad y validez satisfactorios que van en la línea de los resultados de validaciones anteriores en España. No hay que olvidar que la interpretación se limita exclusivamente a pacientes con cáncer de cabeza y cuello y que son precisos más estudios con otros pacientes para su generalización, pero constituye una buena alternativa para evaluar la calidad de vida de los pacientes.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 07-07-2002
Clínica Universitaria de Navarra

Estudio de la evolución de las necesidades psicosociales del enfermo oncológico en situación terminal.

Antonio Cubillo Gracián. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid (Facultad de Medicina), 2002.

Esta tesis doctoral se ha defendido en la Universidad Autónoma de Madrid en julio del 2002 y se centra en el estudio de las necesidades psicosociales de 101 pacientes con cáncer en fase terminal mediante el Cuestionario de Bienestar Psicosocial (BPS, C. Centeno 1993). Analiza la evolución de estas necesidades en 24 pacientes y confirma hipótesis previas como el aumento del desinterés por el entorno y el impacto emocional de la pérdida de facultades. En el grupo en el que se centra el estudio evolutivo el resto de necesidades consideradas permanece constante. Se ha

realizado la validación psicométrica del BPS encontrándose dicho instrumento como válido y altamente fiable tanto al inicio de la fase terminal como en su evolución. Del estudio de las cuestiones agrupadas el autor aporta interesantes sugerencias que podrían simplificar y mejorar el instrumento. Se trata de un estudio original y que supone una mejora en los conocimientos sobre la fase terminal y en los instrumentos disponibles para su estudio.

Comentario

Sería conveniente la publicación y difusión de los datos de validación del cuestionario, pues supondrá un estímulo para que otros investigadores de nuestro entorno cultural profundicen en el conocimiento de las necesidades emocionales y sociales de los pacientes terminales, a partir de un nuevo instrumento en español y validado. Sería interesante también estudiar en el futuro, con el BPS, la evolución de las necesidades y el grado de satisfacción de las mismas en función de distintas intervenciones de apoyo. Cabría preguntarse, por ejemplo, si la intervención específica de equipos de cuidados paliativos supone una mayor satisfacción o no de las necesidades emocionales y sociales de los pacientes.

Tesis Doctorales

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 08-07-2002
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Furosemida nebulizada como novedad terapéutica para disnea en pacientes oncológicos terminales.

Shimoyama N, Shimoyama M. Nebulized furosemide as a novel treatment for dyspnea in terminal cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2002 Jan;23(1):73-6.

Los autores presentan tres casos en los que disnea severa fue tratada con éxito mediante la utilización de furosemida nebulizada. Paso a describir el apartado "Discusión" al considerarlo más relevante que la de los casos clínicos.

La inhalación de furosemida nebulizada fue efectiva en el alivio de la disnea de diferente origen (metástasis pulmonares, estenosis traqueal por infiltración y derrame pleural más ascitis) en tres pacientes oncológicos terminales. La disnea se mantuvo controlada durante semanas, sin observar efectos adversos relevantes.

La pauta utilizada consistió en la inhalación de 20 mg de furosemida nebulizada cada 6 horas (20 mg/2 ml de furosemida fueron añadidos a 2 ml de suero salino, un total de 4 ml, durando cada nebulización entre 10 y 15 minutos). Previamente al inicio de este tratamiento, todos los pacientes habían recibido nebulización (orciprenalina sin

éxito). Esto sugiere que la mejoría no es atribuible a un efecto placebo. Tampoco esta es atribuible al efecto diurético, ya que no hubo cambios significativos en la diuresis. Los autores administraron furosemida utilizando el mismo patrón en los tres pacientes, proporcionando alivio continuo de la disnea en todos ellos. Aunque la pauta no fue modificada, es posible que fuera suficiente con una nebulización cada 8 horas. Cada uno de los pacientes estaba recibiendo tratamiento con morfina, aunque a dosis analgésicas y no para la disnea, que sería un 50% mayor según un estudio randomizado.

Comentario

La publicación de estos tres casos es interesante dada la posible utilización de la furosemida nebulizada como tratamiento efectivo y duradero para disneas severas. Como resulta obvio, solamente se trata de tres casos, por lo que es preciso la realización de un estudio randomizado para la comprobación del efecto y la generalización de la técnica.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: José Centeno Mattern, 09-07-2002
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

Estudio fase I/II con 6-glucurónido de morfina en pacientes con disnea de origen oncológico.

Quigley C, Joel S, Patel N, Baksh A, Slevin M. a phase I/II study of nebulized morphine-6-gucuronide in patients with cancer related breathlessness. J Pain Symptom Manage. 2002 Jan;23(1):7-9.

Los autores presentan los resultados de un estudio sobre una serie de 9 casos cuyo objetivo fue determinar la eficacia clínica, la toxicidad y la farmacocinética del 6-glucurónido de morfina (6-GM) a diferentes dosis en pacientes con disnea de origen oncológico.

Estudios previos sugieren que el 6-GM nebulizado, el metabolito activo de la morfina, pudiera tener ventajas terapéuticas sobre la administración sistémica de morfina en el tratamiento de la disnea. Los estudios aleatorios con morfina nebulizada no han conseguido demostrar su eficacia. Los 3 parámetros clínicos valorados fueron la disnea, la ansiedad y el esfuerzo de respiración. Todos los pacientes refirieron una mejoría subjetiva de la disnea. No se hallaron cambios en la ansiedad ni en el esfuerzo de respiración. El 6-GM fue bien tolerado. Efectos adversos mínimos incluyeron somnolencia, mareo y sequedad oral leves. En cuanto a la farmacocinética, no se apreciaron aumentos plasmáticos en las concentraciones de morfina y 3-glucurónido de morfina después de la nebulización. Los resultados sugieren un aumento dosis-dependiente de la concentración máxima y del área bajo la curva. El pico plasmático tuvo lugar tras 2 a 3 horas. La explicación de la

posible mayor potencia del 6-GM nebulizado sobre la morfina nebulizada podría residir en la presencia de un receptor opioide específico para el 6-GM al que no sea capaz de unirse la morfina. Es teóricamente posible, pero sin demostrar, que existan receptores para el 6-GM en el tejido pulmonar.

Comentario

La disnea es uno de los síntomas cardinales del paciente terminal. Cualquier estudio sobre el tratamiento de este síntoma es interesante. Este pequeño estudio aporta la base para un necesario ensayo clínico randomizado para la generalización de los resultados. Así mismo, despierta el interés, cada vez más necesario, de un mayor conocimiento de la fisiopatología molecular en el paciente terminal.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: José Centeno Mattern, 10-07-2002
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

Problemas respiratorios en el cáncer avanzado

Ripamonti C, Fusco F. Respiratory problems in advanced cancer. Supportive Care in Cancer 2002;10 (3): 204-216

Este artículo resume la ponencia presentada en el Simposium sobre Tratamiento de soporte en el cáncer celebrado en Copenhague en junio del 2001.

Los autores hacen un repaso por los síntomas respiratorios que los pacientes oncológicos avanzados presentan de forma más frecuente recogiendo las diferentes opciones diagnósticas y de tratamiento ofrecidas por la bibliografía actual.

Así en lo relativo a la disnea ofrecen bibliografía relativa a herramientas de evaluación de este síntoma. Señalan su estrecha relación con el pronóstico y apuntan la existencia de ciertos descriptores utilizados por los pacientes que nos podrían orientar hacia la causa más probable (de manera similar como ocurre con los descriptores que definen el dolor). En el apartado del tratamiento destacan la ausencia de estudios con poblaciones extensas capaces de justificar el uso de: oxígeno, opioides inhalados, dosis y vías más adecuadas en la administración de los opioides, etc. Todas ellas cuestiones que quedan abiertas a nuevas investigaciones.

Con respecto a las infecciones respiratorias, los autores son conscientes que constituye una de las principales causas de muerte en el enfermo oncológico avanzado aunque señalan la dificultad diagnóstica (en muchos casos los signos y síntomas propios de una infección no están

presentes) y la ausencia de estrategias antibióticas protocolizadas de cara a su tratamiento. La infección en el paciente subsidiario de tratamiento paliativo está además asociado a dilemas éticos que deben ser abordados.

Otro síntoma que analizan son las hemoptisis. En este apartado se destaca que constituye un síntoma de alto impacto independientemente de la cantidad de sangre expectorada. Incluso en cuidados paliativos será preciso descartar causas no malignas capaces de producir hemoptisis y potencialmente tratables; (los autores las recogen en una tabla). Se repasan las diversas técnicas diagnósticas con sus pros y sus contras. También defienden que el tratamiento deberá ajustarse a la causa, la intensidad, el pronóstico del paciente, sus deseos y los deseos de su familia... evitando medidas demasiado agresivas como el infratratamiento. En todos los casos deberán tratarse adecuadamente los síntomas como: infección, tos, uso de drogas procoagulantes, anticoagulantes en el caso del tromboembolismo pulmonar, y medidas más intervencionistas como la colocación de endoprótesis bronquiales y láser, radioterapia externa o interna, etc.

Dentro de este síntoma, reservan un apartado especial para comentar la necesidad de comunicación con el paciente y la familia así como abordar los síntomas emocionales del paciente y la familia en una situación de alto impacto.

El último síntoma al que hacen referencia es el hipo. Ofrecen un pequeño listado de las causas más frecuentes y algunas medidas no farmacológicas y farmacológicas para su tratamiento. Las medidas no farmacológicas están todas orientadas al aumento de la pCO₂; las medidas farmacológicas incluyen: Clorpromacina en dosis entre 10-25 mg/24; Baclofen 5-10 mg/123-8 h; Midazolán 10-60 mg en perfusión continua sc cuando el resto de fármacos han fallado.

Comentario

Se trata de una revisión interesante que incluye algunas aportaciones bibliográficas recientes.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 12-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Estudio multinacional y multicéntrico doble ciego con grupo paralelo comparando una dosis única en 24 h de Ondasetrom VO con placebo y 10 mg de metoclopramida tres veces al día VO en el tratamiento de las náuseas inducidas por opioides.

Hardy J, Daly S, McQuade B, Albertsson M, Chimontsi V, Stathopoulos GP, Curtis P. A double

blind, randomised group, multinational, multicentre study comparing a single dose of ondasetron 24 mg p.o. with placebo and metoclopramide 10 mg t.d.s. p.o. in the treatment of opioid-induced nausea and emesis in cancer patients. Support Care Cancer. 2002 Apr;10(3):231-6.

Se trata de un estudio que busca medir la eficacia de tres tratamientos diferentes (ondasetron, placebo y metoclopramida) en el tratamiento de las náuseas inducidas por opioides. Los pacientes incluidos fueron mayores de 18 años, afectos de cáncer y que precisaban un tratamiento opioide para el control del dolor (se incluyeron tanto pacientes que nunca habían probado los opioides, pacientes que precisaban incrementos importantes de dosis o aquellos sometidos a cambio de opioide). Quedaron excluidos todos los pacientes sometidos a quimioterapia o radioterapia durante la semana previa al inicio del estudio así como todos aquellos que presentaban otras causas de emesis diferentes al tratamiento opioide.

La eficacia se midió comparando la proporción de pacientes tratados que experimentaron un control completo de la emesis durante las 24 horas de duración del estudio. Una segunda medida de eficacia se realizó comparando la proporción de pacientes que experimentaron un control total de la emesis en las 8 horas que siguieron a la administración del tratamiento en estudio. La satisfacción se midió evaluando la velocidad de acción del fármaco, el grado de control global de las náuseas y vómitos y el deseo del paciente para continuar con el tratamiento administrado.

El estudio se desarrollo entre 1996 y 1998 y se concluyó antes de los previsto por la dificultad de reclutamiento de los pacientes. Del total de 268 pacientes potencialmente reclutables se incluyeron 92 que fueron randomizados en las tres ramas. El 50% de estos pacientes no habían recibido opioides el mes previo a su inclusión. 77 pacientes completaron el estudio (14 salieron del estudio por falta de eficacia del tratamiento: 3 del grupo placebo, 4 en el grupo ondasetrón y 7 en el grupo de metoclopramida).

Los autores señalan que no encontraron diferencias significativas en el grado de control de las náuseas y vómitos entre los diferentes grupos ni en el grado de satisfacción experimentado por los pacientes respecto al tratamiento recibido.

Comentario

Se trata de un trabajo ambicioso aunque de escasa potencia debido a lo reducido del tamaño de los diferentes grupos. En la discusión los autores fuerzan un poco los resultados intentando argumentar que el ondasetron es la droga más eficaz en el control de las náuseas y vómitos inducidas por opioides pero finalizan el artículo señalando que ondasetron a dosis de 24 mg/día VO y metoclopramida 10 mg/8h VO son igualmente eficaces.

En ningún momento se plantea, en este trabajo, la posibilidad de tratamiento de las náuseas y vómitos inducidas por opioides con dosis bajas de neurolépticos.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 14-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Cuidados de soporte y cuidados paliativos : la experiencia del Instituto Jules Bordet.

Mancini I, Lossignol D, Obiols M, Llop R, Toth C, Body JJ. Supportive and palliative care: experience at the Institut Jules Bordet. Supportive Care in Cancer 2002;10 (1): 3-7

Este trabajo relata la evolución de un equipo de cuidados paliativos de soporte (sin camas propias) hacia una unidad específicamente dedicada a la medicina paliativa. Describe la actividad desarrollada en los 10 meses desde su inauguración, así como los datos más relevantes de estructura proceso y resultados.

Comentario

Se trata de un trabajo descriptivo que permite establecer similitudes y diferencias con nuestras unidades.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 15-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

"Supportive Care in Cancer ": después de 15 años.

Senn HJ, Glaus A. Supportive Care in Cancer – 15 years thereafter –. Supportive Care in Cancer 2002;10 (1): 8-12

La revista Supportive Care in Cancer constituye el órgano de expresión de la Asociación Multinacional de Cuidados de Soporte en el Cáncer. En este año 2002 cumple 10 años de existencia y su director y uno de los miembros del comité editorial analizan estos diez años de trabajo.

Los autores señalan que pese al avance en la oncología los diagnósticos se realizan, en muchos casos, con la enfermedad avanzada por lo que se han incrementado los tratamientos sin intención curativa.

Remarcan las similitudes existentes entre el tratamiento de soporte y los cuidados paliativos ya que en ambos casos se pretende tener una visión global de la persona.

Señalan que el grueso de las publicaciones se centran en aquellos problemas para los que tenemos algún tipo de tratamiento como son el dolor, náuseas y vómitos e infecciones; mientras que los síntomas como astenia, anorexia, disfagia, disnea, tos y mucositis no suscitan entre los profesionales tanto interés aunque son quejas habituales de los enfermos oncológicos.

Concluyen que el tratamiento de soporte y el control de síntomas deben entenderse y requieren un abordaje global.

Comentario

Se trata de una reflexión serena de lo realizado y de lo que queda por realizar en las fases avanzadas del cáncer.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 16-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Morfina en el manejo del dolor por cáncer.

Donnelly S, Davis MP, Walsh D, Naughton M. Morphine in Cancer Pain Management. Supportive Care in Cancer 2002;10 (1): 13-35

Este artículo recoge una revisión actualizada de la morfina: su farmacocinética, sus interacciones con benzodiazepinas, fármacos antiH1, prokinéticos y rifampicina. Repasa sus indicaciones, dosis, efectos secundarios más frecuentes y vías de administración con las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.

El trabajo recopila un importante número de artículos en su bibliografía.

Comentario

Se trata de una acertada puesta al día.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 17-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Complicaciones orales en el paciente sometido a tratamiento radioterápico por una neoplasia de cabeza y cuello.

Specht L. Oral complications in the head and neck radiation patient. Supportive Care in Cancer 2002;10

(1): 36-39.

Este trabajo aporta una epidemiología básica de las neoplasias de cabeza y cuello. Señala como complicaciones agudas las producidas entre la primera semana de tratamiento de radioterapia y las 6 semanas después de concluido el tratamiento destacando: mucositis, infecciones de predominio micótico, el dolor, la pérdida de gusto y la desnutrición secundaria a las dificultades para la ingesta.

Destaca como complicaciones crónicas aquellas que aparecen más tardíamente (incluso años después de la radioterapia) y son, generalmente, Irreversibles: xerostomía, caries dentarias, fibrosis de tejidos blandos, trismus mandibular, disgeusia y necrosis ósea.

El autor señala que en el futuro, coincidiendo con la incorporación de mejoras técnicas los efectos secundarios de la radioterapia se minimizarán.

Comentario

Se trata de una aproximación general al tema sin gran profundidad.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 18-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Manejo de la enfermedad oral previo al tratamiento con radioterapia.

Schioldt M, Hermund UN. Management of oral disease prior to radiation therapy. Supportive Care in Cancer 2002;10 (1): 40-43

Este trabajo ofrece la práctica clínica de los autores en lo relativo a la exploración y tratamiento de los problemas orales de sus pacientes previos a iniciar el tratamiento con radioterapia, así como los criterios de derivación. Señalan la buena coordinación existente entre el equipo de cirugía maxilofacial, el centro oncológico y los dentistas privados para el tratamiento de estos pacientes.

Comentario

El trabajo recoge una experiencia clínica pero no señala las demoras que se producen en el tratamiento con radioterapia debidas al abordaje preliminar de los problemas orodentales ya existentes. Probablemente el perfil del usuario danés y el sistema sanitario danés no sean comparables con el paciente medio afecto de una neoplasia de cabeza y cuello o el sistema sanitario de nuestro país.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 19-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Grado de satisfacción con el tratamiento de rehidratación experimentado por pacientes con cáncer terminal: concepto, construcción, desarrollo de una escala e identificación de factores asociados.

Morita T, Adachi I. Satisfaction with rehydration therapy for terminal cancer patients: concept, construction, scale development and identification of contributing factors. Supportive Care in Cancer 2002;10 (1): 44-50

Los objetivos del presente trabajo son varios:

-Elaborar y validar una escala capaz de medir la satisfacción de los pacientes oncológicos en fase terminal relativa al tratamiento de rehidratación

-Evaluar los efectos clínicos de la rehidratación desde la perspectiva del paciente, medir la calidad de vida, el disconfort producido por los síntomas, así como parámetros objetivos.

Se trata de un estudio multicéntrico en el que participaron 13 centros. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años afectados de cáncer no subsidiario de tratamiento específico y bajo tratamiento de hidratación parenteral. Quedaron descartados los enfermos con deterioro cognitivo, los muy debilitados y aquellos que presentaban un grado de distres emocional severo.

Las variables estudiadas incluyen: el cuestionario a validar; variables epidemiológicas y variables relativas a la infusión administrada (volumen, vía, duración).

Como resultados se aporta una escala de satisfacción validada así como datos relativos al grado de satisfacción que el tratamiento produce en los pacientes (en general resultados todos ellos muy buenos).

Comentario

De entrada llama la atención la cantidad de objetivos que se pretenden alcanzar en un mismo trabajo. La fase de elaboración y validación de la escala parece ser serio aunque el modelo definitivo resultante puede condicionar las respuestas. Así de las 12 preguntas las 4 primeras son relativas a la información recibida en torno al tratamiento y están redactadas en positivo por lo que pueden inducir a responder positivamente; las preguntas 5 a 8 hacen referencia a la interferencia que el tratamiento de rehidratación produce en la vida cotidiana del paciente (todas están redactadas en negativo por lo que pueden condicionar una respuesta negativa). Las preguntas 9 a 12 hacen referencia a los efectos beneficiosos producidos por

el tratamiento (todas están redactadas en positivo y pueden predisponer a respuestas positivas).

El trabajo no recoge el motivo por el que se inicia el tratamiento de hidratación; cabe suponer que si los síntomas mejoran el paciente estará satisfecho con el tratamiento ¿o con el control de síntomas alcanzado? Conocemos el efecto placebo de colocar un gotero parenteral ¿no condicionará este hecho el grado de satisfacción de los pacientes? La exclusión de los pacientes más debilitados ¿introduce un sesgo importante en los resultados?

Evaluar la satisfacción como tantas otras en cuidados paliativos es un tema muy complejo que está muy influido por la situación clínica de partida del paciente, sus expectativas y su historia personal. Creo que este trabajo pretende acercarse al fenómeno multidimensional de la satisfacción pero deja muchos de sus componentes sin evaluar y requerirá nuevas investigaciones sobre el tema.

Aunque la evaluación es un área fundamental en cuidados paliativos creo que no tiene sentido crear escalas por crearlas. Pude que tenga más sentido preguntar directamente al paciente: ¿Se encuentra mejor con este tratamiento?

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 20-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

¿Conocer el diagnóstico cambia la calidad de vida?

Bozcuk H, Erdogan V, Eken C, Ciplak E, Samur M, Ozdogan M, Savas B. Does awareness of diagnosis make any difference to quality of life?. Supportive Care in Cancer 2002;10 (1): 51-57

Bajo este prometedor título se nos ofrece un trabajo cuyo objetivo fundamental es conocer en qué medida el conocimiento del diagnóstico, los factores sociales y algunos parámetros analíticos (LDH, ALT, Creatinina, albúmina y calcio) influyen en la calidad de vida medida mediante el cuestionario QLQ-C30.

El estudio se realiza sobre una muestra de 100 pacientes oncológicos en diferentes estadios de la enfermedad. Entre sus resultados destaca que el 44% no conocían el diagnóstico. Los tumores más frecuentes fueron pulmón (en estadio IV) y mama. La variable dependiente fue el estado emocional medido según una subescala del QLQ -C30 y categorizado en bueno o malo de manera arbitraria.

Tras el análisis multivariable los autores concluyen que no existieron diferencias en la calidad de vida entre los pacientes conocedores de su diagnóstico y los que no tenían información. Los factores asociados a buen estado emocional fueron: ser varón, vida social activa, ALT, LDH y ausencia de estreñimiento.

Comentario

Este puede ser un buen trabajo para poner de manifiesto que, mediante el análisis multivariable, se puede demostrar casi todo, pero la estadística debe estar al servicio de la medicina y no al revés. Me parece que este artículo cuenta con deficiencias en su diseño y la selección de las variables que nos llevan a los resultados expresados.

Me parece que entre los resultados existen muchas variables de confusión que no explican el fenómeno estudiado.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 21-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Compatibilidad física y evaluación in vivo de la combinación de drogas para su infusión subcutánea en pacientes con cáncer en cuidados paliativos.

Negro S, Azuara ML, Sánchez Y, Reyes R, Barcia E. Physical compatibility and in vivo evaluation of drugs mixture for subcutaneous infusion to cancer patients in palliative care. Support Care Cancer (2002) 10:65-70

Se trata de un trabajo realizado por una unidad de cuidados paliativos domiciliaria de Madrid y el departamento de farmacia de la Universidad Complutense, entre enero de 1999 y enero del 2000. En este estudio se analiza la compatibilidad y la estabilidad física de diversas combinaciones de fármacos utilizadas en infusión continua en cuidados paliativos. Las mezclas analizadas incluían de dos a cinco de los fármacos siguientes: Cloruro mórfico, cloruro de midazolam, lactato de haloperidol, butil-bromuro de hioscina, fosfato sódico de dexametasona, hidrocloreuro de metoclopramida y tramadol.

De los 116 enfermos valorados el 43% requirió una infusión continua subcutánea al final de la vida. De las 86 mezclas realizadas 52 resultaron estables durante 7 días (no cambiaron de color ni se objetivaron precipitaciones) y su pH se mantuvo estable. Las únicas combinaciones no estables fueron las que incluían midazolam y dexametasona y haloperidol y dexametasona. Las autoras señalan que la combinación de morfina y dexametasona no precipitó probablemente debido a las bajas concentraciones de Morfina utilizadas (60mg/día).

El artículo aporta algunos datos más relativos al grado de control alcanzado con los tratamientos aplicados.

Comentario

Se trata de un buen ejemplo de cómo generar evidencia científica en el ámbito de la medicina paliativa. Tiene además importantes implicaciones prácticas para todos los que trabajamos en este campo.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 22-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

¿Inhibe el acetato de megestrol la secreción de interleukina 6 en pacientes con anorexia y pérdida de peso asociadas al cáncer?

Jatoi A, Yamashita J, Sloan JA, Novotny PJ, Windschitl HE, Loprinzi CL. Does megestrol acetate down-regulate interleukin-6 in patients with cancer associated anorexia and weight loss?. Support Care Cancer (2002) 10:71-75.

Se trata de un estudio multicéntrico ramdomizado con los objetivos de determinar si el acetato de megestrol está asociado al descenso de los niveles de IL-6 comparado con dronabinol o una terapia combinada de ambos; y establecer si los cambios en los niveles plasmáticos de IL-6 tras un mes de tratamiento antianorexígeno, están asociados a cambios en el apetito, peso y calidad de vida.

El estudio incluyó a 83 pacientes en tres brazos: uno con tratamiento de megestrol en solución y placebo de dronabinol, otro de dronabinol y placebo de megestrol en solución y un tercero con la combinación de ambos tratamientos.

El estudio incluía pacientes oncológicos avanzados (excluidas las neoplasias mama, ovario, endometrio y cerebro), supervivencia estimada mayor de 3 meses, ECOG de 0-2.

El estudio requirió una determinación basal y al mes de tratamiento de IL-6 así como la evaluación basal y al mes del apetito y la calidad de vida. El análisis estadístico elegido fue el ANOVA y el test de correlación de Pearson.

Los autores señalan que no encontraron diferencias significativas en los descensos de IL-6 después de 1 mes de tratamiento(en cualquiera de sus tres versiones). La IL-6 no se modificó significativamente en aquellos pacientes que experimentaron incrementos de apetito. Tampoco se pudieron evidenciar cambios de la IL-6 asociados a cambios en el peso o la calidad de vida.

A partir de todo ello los autores concluyen que con una muestra mayor que en trabajos previos no han podido demostrar que el acetato de megestrol esté asociado a los cambios en los niveles de IL-6 y que se deberán investigar otros factores inmunológicos asociados a la acción del acetato de megestrol en la anorexia de paciente oncológico avanzado.

Comentario

Me parece un estudio serio aunque la randomización en tres brazos hace que cada uno cuente con una muestra pequeña. Dado que los pacientes podían estar sometidos a tratamientos oncológicos activos no considera el papel que estos pueden jugar en los niveles de IL-6. Creo que constituye un paso adelante en la investigación relativa a las implicaciones entre sistema inmune y anorexia-caquexia.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 23-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Evaluación del coste beneficio relacionado con la colocación de un filtro en la vena cava inferior en pacientes con cáncer avanzado.

Marcy PY, Magné N, Gallard JC, Bondiau PY, Frenay M, Descamps B. Cost-benefit assessment of inferior vena cava filter placement in advanced cancer patients. Support care Cancer (2002) 10:76-80

Este trabajo recoge una revisión retrospectiva de 30 casos en los que se colocó un filtro en la vena cava inferior. El seguimiento medio fue de 5.4 meses con un 73% de supervivencias al mes y un 56.6% de supervivencias a los tres meses. El coste individual del procedimiento supuso el 2% del coste medio de la hospitalización.

Comentario

Se trata de un trabajo retrospectivo con una muestra pequeña de pacientes. Los autores incluyen la forma de elaborar el coste del procedimiento completo que estudian y nos permiten acercarnos a un estudio de coste beneficio sencillo. Probablemente no se trata de una técnica accesible a todos los equipos de cuidados paliativos pero podría estar indicada para un grupo de pacientes evitándoles ingresos de repetición, y pérdidas funcionales progresivas por fenómenos tromboembólicos de repetición. Los autores plantean la cuestión del tratamiento anticoagulante versus filtro como un tema cuyo debate no se ha resuelto.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 25-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Nauseas y vómitos: ¿un problema no resuelto en

los pacientes con cáncer?

Herrstedt J. Nausea and emesis: still an unsolved problem in cancer patients?. Supportive Care in Cancer 2002;10 (2): 85-87

Este editorial resume algunas de las aportaciones que aparecen en el presente número de la revista entorno al control de las náuseas y vómitos, sobre todo en el paciente sometido a quimioterapia. Aunque los trabajos a los que hace referencia no están especialmente orientados hacia los cuidados paliativos aportan datos relativos a mecanismos fisiopatológicos (incluidos los emocionales) o terapéuticos interesantes para cualquier sanitario.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 24-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Control de síntomas en los pacientes oncológicos: farmacología clínica y papel terapéutico de los supositorios y las suspensiones rectales.

Davis MP, Walsh D, LeGrand SB, Naughton M. Symptom control in cancer patient: the clinical pharmacology and therapeutic role of supositoires and rectal suspensions. Supportive Care in Cancer 2002;10 (2): 117-138.

Este trabajo hace un exhaustivo repaso por la historia, indicaciones, dificultades de administración, farmacología y medicaciones que pueden ser administradas por vía rectal así como la galénica más adecuada para cada fármaco. El listado que ofrecen es amplio e incluye fármacos de diferentes grupos terapéuticos: AINES, analgésicos, anticomociales, Benzodiacepinas, neurolépticos, prokinéticos, antagonistas de la 5 hidroxitriptamina, anticolinérgicos, antidepresivos y antibióticos.

Comentario

Se trata de un trabajo interesante que ofrece alternativas en los casos que la vía oral no sea practicable.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 26-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Tratamiento radioterápico de carácter paliativo en el síndrome de vena cava superior en ancianos

mediante dos sesiones altas dosis de radioterapia.

Lonardi F, Gioga G, Graziella A, Coelli M, Campostrini F. Double-flash, large-fraction radiation therapy as palliative treatment of malignant superior vena cava syndrome in elderly. Supportive Care in Cancer 2002;10 (2): 156-160

Este artículo presenta los resultados obtenidos en una muestra de 23 pacientes que recibieron radioterapia en altas dosis (6 Gy por sesión) en dos sesiones como tratamiento paliativo del síndrome de vena cava superior. Estos autores señalan que en el 74 % de los casos lograron control completo de los síntomas. En un porcentaje igual se produjo una reducción objetiva medida mediante Rx y /o TAC. Un 56% recibió radioterapia complementaria según un fraccionamiento estándar hasta alcanzar los 35-40 Gy. En lo referente a los efectos secundarios comentan que fueron escasos, de poca intensidad y autolimitados.

Comentario

La pauta de dos días empleada en este estudio propone una alternativa al régimen clásico de radioterapia en el tratamiento del síndrome de vena cava superior de 5 o 10 sesiones. Se trata de una muestra pequeña de pacientes de edad avanzada lo cual debe hacernos tomar los resultados con cautela. Probablemente la decisión sobre el esquema radioterápico a aplicar deba ser individualizada para cada paciente ya que dosificaciones altas con carácter paliativo pueden limitar las opciones de tratamiento en algunos casos de tumores pulmonares de célula pequeña; sin embargo puede ofrecer opciones terapéuticas a aquellos pacientes con dificultades para acceder a un servicio de oncología radioterápica. Precisamos más estudios en esta línea con muestras más amplias que confirmen estos hallazgos.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 27-07-2002
Hospital Universitario Arnau de Vilanova