

## **BIBLIOTECA TELEMÁTICA**

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



**13ª Entrega. Enero 2003**

# INDICE

Articulo	Pag.
Delirium y deshidratación: ¿un poco de líquido para pensar?	1
Nivel de hidratación de los pacientes con cancer terminal que sufren oclusión intestinal: estudio exploratorio descriptivo.	1
Tratamiento de la xerostomía post radioterapia: ¿influye la edad?	2
¿Un lugar para los psicoestimulantes en Cuidados Paliativos?	3
Aplicaciones de los PC de bolsillo en Cuidados Paliativos.	3
Insomnio y trastornos del sueño	4
Estudio retrospectivo del uso de corticoides en la fase final de la vida en un Hospice.	4
Prescripción de antibióticos para episodios febriles en pacientes ingresados en un hospice	5
Repercusión de la disnea, el dolor y la astenia en las actividades de la vida diaria en pacientes ambulatorios con cáncer de pulmón avanzado.	5
Dolor, sedación y metabolismo de la morfina en pacientes de cáncer en tratamiento crónico con morfina de liberación sostenida.	6
Valoración del riesgo del duelo en cuidados paliativos.	6
Impacto físico y psicosocial de la boca seca en cuidados paliativos: un estudio cualitativo.	7
Valoración y manejo de la fatiga en pacientes con cáncer avanzado: desarrollo de una guía.	7
Eutanasia: ¿sabemos qué es?, ¿la necesitamos? (editorial)	8
Cuidados Paliativos en Italia: casualidad o milagro (editorial).	8
Espiritualidad y sentido vital en el tratamiento de soporte: grupo de psicoterapia basada en la espiritualidad y en el significado de la vida en el cáncer avanzado.	10
Rotación opioide desde morfina a fentanilo transdérmico para disminuir toxicidad	10
Prevención de úlceras por presión en cuidados paliativos: resultados de un estudio en el Reino Unido.	11
Eutanasia: análisis realizado por la Asociación Suiza de Cuidados Paliativos.	11
Formación en tratamiento de soporte y cuidados paliativos en Europa Central y del Este. Resultados del análisis de una encuesta.	12
¿Participan los países de Europa central y del este en los ensayos clínicos sobre tratamiento de soporte?	13
Solicitudes de eutanasia realizadas en un hospital universitario de Sidney durante el año 2000.	13

Artículo	Pag.
Cuidados paliativos en un hospital general: la perspectiva de enfermería.	14
Dexametasona como tratamiento del paciente con metástasis cerebrales o tumor cerebral primario: ¿los beneficios superan los efectos adversos?	15
Evaluación de la eficacia y tolerancia de la administración de una dosis doble de morfina de liberación inmediata en el momento de acostarse.	15
Impacto de un servicio consultor de cuidados paliativos en oncología médica.	16
Impacto de un servicio consultor de cuidados paliativos en oncología médica.	16
Descompresión percutánea en obstrucción intestinal aguda relacionada con tumores pélvicos malignos (comunicación breve)	17
Cuidados paliativos domiciliarios: mejorar la cooperación entre el equipo especialista y el médico de familia.	18
Evaluación de un líquido barrera basada en la práctica habitual.	18
Estudio comparativo de la puntuación de las EVAS electrónicas versus papel: ensayo cruzado y randomizado en voluntarios sanos.	19
Dolor por cáncer al final de la vida: una perspectiva biopsicosocial.	19
Una sola infusión de ketamina intravenosa mejora el dolor de pacientes con isquemia severa de extremidades: resultados de un ensayo doble ciego y randomizado.	20

**Delirium y deshidratación: ¿un poco de líquido para pensar?***Lawlor PG Delirium and dehydration: some fluid for thought? Supportive Care Cancer 2002;10:445-454*

Se trata de una revisión crítica de la literatura existente sobre el tema del delirium y la hidratación en Cuidados Paliativos partir de un análisis de la etiología, fisiopatología, clínica y opciones de tratamiento.

El autor inicia su trabajo señalando que la incidencia de delirium en oncología alcanza entre un 28% y un 40% y que este porcentaje crece a medida que nos aproximamos a la muerte. Define las características del delirium según el DSM IV e indica que se trata de un cuadro clínico con gran impacto tanto en el paciente como en la familia y el equipo asistencial. En el apartado de diagnóstico el autor remarca la necesidad de utilizar herramientas de forma rutinaria ya que la entrevista clínica pierde hasta un 23% de los casos según algunas referencias; el Minimal Test de Folstein es ha herramienta de screenig propuesta para la detección precoz del delirium. En el capítulo de Etiología y fisiopatología el autor nos ofrece una amplia lista de factores precipitantes y facilitadores. Según algunos trabajos los enfermos atendidos por un equipo de CP en un hospital terciario tenían una media de 3 factores precipitantes por episodio de delirium; el 49% de los cuadros fueron reversibles y hasta en el 88 % de los casos el delirium precedió a la muerte. Pese q que se incluyen algunas teorías relativas a los procesos neuropatológicos que pueden sustentar el desarrollo de un cuadro de delirium ninguna de las teorías ha demostrado su veracidad. Lo que sí se señala como probado es la relación de la deshidratación como factor de riesgo ya que favorece una hipoperfusión tanto cerebral como renal que aumentaría la concentración de drogas o sus metabolitos y dificultaría su eliminación renal. El autor incluye un repaso de los mecanismos de homeostasis implicados en un adecuado balance hídrico así como por los diferentes tipos de deshidratación (hipernatémica, normonatémica o hiponatémica) así como las particularidades propias del enfermo con cáncer en fase terminal. El trabajo también recoge algunas razones que justifican la relación entre neurotoxicidad inducida por opioides y delirium en el contexto de una deshidratación. En el apartado de tratamiento el autor defiende una toma de decisiones individualizada en la que se respete el principio de autonomía del paciente después de un proceso de información a partir de la evidencia disponible. En cuanto a la practica nos propone en el caso de hiponatremia suero salino isotónico o hipertónico señalando que la reposición debe ser lenta. En el caso de deshidratación hipernatémica suero salino isotónico o hipotónico o bien suero glucosalino. Las vías de administración son variadas en función de la urgencia, las posibilidades del paciente y sus preferencias ( EV, SC, enteral, rectal) y los volúmenes SC administrados son variados en función de las fuentes consultadas : 100ml/h durante 24h; 500 ml/h dos veces al día.

**Comentario**

Se trata de una interesante revisión del tema de la deshidratación y delirium en CP

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 02-12-2002  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

**Nivel de hidratación de los pacientes con cancer terminal que sufren oclusión intestinal: estudio exploratorio descriptivo.***Morita T, tein Y, Inoue S et al. Fluids status of terminally ill patients with intestinal obstruction: an exploratory observational study. Support Care Cancer 2002; 10: 474-79*

Objetivo: explorar los cambios fisiológicos en el balance hídrico en el paciente con cáncer terminal y oclusión intestinal usando el péptido natriurético auricular (PNA) y el péptido natriurético cerebral (PNC) como marcadores del volumen intravenosos.

Material y método: Estudio prospectivo observacional realizado entre noviembre 2000 y septiembre 2001. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: edad entre 20 y 80 años; supervivencia estimada inferior a 6 meses; neoplasia abdominal exceptuando hepatocarcinomas; compromiso de la vía oral por oclusión intestinal diagnosticada por radiología. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Ingreso inferior a 14 días; muerte súbita; alta al domicilio; antecedentes de: Trombosis de vena cava inferior, TVP, Insuficiencia cardíaca congestiva, HTA, EPOC, insuficiencia renal crónica, o alteraciones endocrinológicas. Determinaciones analíticas de PNA y PNC según las necesidades clínicas de cada paciente. Decisión de hidratación mediante 500-1000cc/24h o abstención terapéutica en función de cada paciente y el balance riesgo beneficio. Otras variables estudiadas: supervivencia, volumen administrado 24h antes de la extracción analítica, uso de diuréticos, ingesta oral, presencia de vómitos y signos de retención hídrica como edema, ascitis, derrame pleural, EAP o estertores. ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Descriptivo y comparativo de los niveles de PNA y PNC entre el grupo de pacientes que recibió rehidratación y el que no la recibió mediante riesgos relativos de Wilcoxon.

Resultados: De los 163 pacientes ingresados durante el periodo del estudio, 14 cumplieron los criterios de inclusión pero sólo 9 participaron en el estudio ya que en los cinco restantes no se precisaron analíticas sanguíneas. De los 9 pares de muestras de sangre seis correspondían a varones. La edad media fue de 62 años. La supervivencia media fue de 48 + 24 días y el intervalo transcurrido entre las dos muestras de sangre 12-74 días. Siete de los 9 pacientes recibieron tratamiento de rehidratación por decisión del paciente. Las complicaciones más frecuentes fueron: edema, ascitis o derrame en 3/7 pacientes y estertores en 6/7. Respeto a los péptidos objeto del estudio el PNA se

duplicó en 5 de /casos y el PNC descendió en 6/7. El cociente BUN/creatinina aumentó de manera significativa pero no aumentaron en sus valores absolutos. En los dos pacientes que no fueron tratados con hidratación también se objetivó un aumento de los edemas y en uno de ellos apareció ascitis y estertores.

Discusión: Los autores señalan la implicación de los aumentos de PNA y descensos del PNC en la retención de líquidos y proponen una explicación fisiopatológica del fenómeno en el que quedan implicados la presión oncótica el volumen intravascular y la permeabilidad de membrana.

## Comentario

El trabajo cuenta con importantes limitaciones: el tamaño de la muestra, la desproporción de los grupos estudiados, la no cuantificación del uso de diuréticos ni los motivos por los que se instauran, el tiempo transcurrido entre determinaciones analíticas, no se valora el estado nutricional de los pacientes ni se expresa el estado funcional de los mismos. Pese que el autor ha trabajado en un Índice pronóstico tampoco queda claro como se establece la supervivencia inferior a 6 meses. Considero que los resultados deben interpretarse como un hallazgo. Otras conclusiones precisarían un diseño y una metodología mucho más escrupulosa.

## Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 03-12-2002  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

## Tratamiento de la xerostomía post radioterapia: ¿influye la edad?

*Monn F, Guffenberger R. Treatment of xerostomia following radiotherapy: does age matter? Support Care Cancer 2002;10:505-508*

Objetivo: Evaluar la eficacia de un sustitutivo de la saliva basado en mucina en pacientes tratados con radioterapia reciente en el área de cabeza y cuello.

Material y método: se trata de un estudio prospectivo caso-control de una semana de duración donde cada paciente es su propio control, realizado entre diciembre del 99 y junio 2000. Los criterios de inclusión incluían: neoplasia de cabeza y cuello tratada mediante radioterapia. El estudio se realizó mediante un cuestionario de autoevaluación en el que se valoraban de forma categórica entre 1 y 6 las siguientes variables: grado de xerostomía, dificultad para hablar, comer o dormir; frecuencia de uso de la saliva artificial administrada mediante spray y calidad del sueño. Tras el uso de mucina respecto al estado previo del paciente Resultados: Se incluyeron 73 pacientes que refieren una xerostomía media de 4.3, una dificultad para hablar de 3.7 y una dificultad para comer de 4. La frecuencia de líquido

para comer la sitúan en 4.5. el descenso en los requerimientos de líquidos tras el uso de mucina pasa de 16 a 11 La calidad del sueño pasa de 3.9 a 2.9. Los autores señalan que no hay diferencias significativas entre el consumo día de mucina y la edad.

Discusión: Los autores señalan la mejoría en la calidad de vida de los pacientes tratados con mucina aunque constatan que dado que la mucina es de origen porcino este hecho limitaría su uso entre judíos y musulmanes. También señalan que el avance más significativo lo produciría el hecho de poder preservar las glándulas salivares del campo de radiación.

## Comentario

El trabajo pese a pretender mejorar la calidad de vida de los pacientes que reciben radioterapia en la región de cabeza y cuello adolece de importantes errores metodológicos que vale la pena señalar:

En los criterios de selección se incluyen todos los pacientes irradiados en la región de cabeza y cuello y como se puede intuir este es un colectivo heterogéneo. No se recogen los casos perdidos. Para validar el cuestionario los autores señalan que existe una buena correlación entre el grado de xerostomía y las dosis de radioterapia empleada. No creo que este sea el mejor criterio para evaluar la consistencia interna de un cuestionario y menos en el caso de un fenómeno subjetivo como la xerostomía que puede estar mediado por otros factores potenciadores como micosis orales, fármacos, grado de hidratación, higiene bucal etc. No se consideran diferencias entre diferentes dosis de radiación. Los atribuyen exclusivamente a la xerostomía la responsabilidad de la calidad del sueño cuando sabemos que sobre el descanso influyen multitud de factores difíciles de cuantificar. Pese a que el título hace referencia a la edad, no se nos ofrecen resultados que relacione dosis de radioterapia y edad.

Otro error es el ofrece medias de las variables medidas mediante unas escalas categóricas numéricas (que son variables discretas y por lo tanto nos obligan a ofrecer una distribución de frecuencias).

Aunque los autores señalan algunas diferencias significativas entre el antes y el después del uso de mucina la valoración del antes se realiza según lo que el paciente recuerda de su estado tras realizado el tratamiento y por ello los resultados pueden estar contaminados y condicionados.

Este es un buen ejemplo de que no todo lo que se publica en inglés es de óptima calidad

## Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 03-12-2002  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

**¿Un lugar para los psicoestimulantes en Cuidados Paliativos?**

Dein S. *A Place for psychostimulants in Palliative Care?*. *J Palliat Care* 2002; 18 (3):196-199

**Introducción:**

Los psicoestimulantes se han visto envueltos en una mala fama que ha provocado un uso restringido. Actualmente existe un nuevo interés en algunas indicaciones.

**Farmacología:**

La anfetamina tiene potentes efectos estimulantes a nivel central, además de otras características comunes con fármacos simpaticomiméticos. Tiene una vida media de 12 horas y se elimina por la orina. Los psicoestimulantes de uso médico más común son: Dextroanfetamina, metilfenidato y pemoline.

**Tratamiento de la depresión con psicoestimulantes:**

Los estados depresivos son muy frecuentes en los pacientes graves, en quienes los fármacos clásicos (tricíclicos e inhibidores selectivos..) tienen efectos secundarios importantes que pueden llegar a disminuir su calidad de vida. Por ello, la atención vuelve a los psicoestimulantes por su rápido inicio de acción y su seguridad, además de su eficacia, que ha sido publicada.

**Psicoestimulantes en cuidados paliativos:**

En un estudio hecho en 35 profesionales (pendiente de publicación en *Palliat Med*), el 40% había usado psicoestimulantes. Entre otros trabajos a los que se hace referencia, se cita uno de 1987 (Fernández y cols) en el que 30 pacientes con cáncer recibieron hasta 80 mg diarios de metilfenidato, refiriendo el 77% una respuesta al menos moderada, con una duración media de tratamiento de 38 días. Otros estudios revisados muestran resultados similares.

**Psicoestimulantes para pacientes con infección por HIV:**

Existe un estudio doble ciego con 23 pacientes que sugiere la eficacia de la dextroanfetamina como antidepresivo.

**Psicoestimulantes para reducir sedación:**

Varios trabajos han descrito mejorías, tanto en la somnolencia secundaria al tratamiento opioide como en el delirio hipoactivo.

**Psicoestimulantes para la disnea y el dolor:**

En el tratamiento de la disnea, sólo pueden citarse algunos artículos con tamaño muestral muy reducido. En cuanto al dolor, los buenos resultados con metilfenidato (10mg dos veces diarias) parecen explicarse por la reducción de la sedación inducida por opioides.

**Consideraciones de tratamiento:**

Las principales indicaciones son: Depresión, somnolencia secundaria a opioides y posiblemente disnea. Estos efectos pueden conseguirse con dosis pequeñas, desde 2,5 mg dos veces al día de dextroanfetamina o metilfenidato, y rara vez son necesarios 30 mg o más durante los dos primeros meses. Tratamientos más largos pueden precisar aumentos de dosis por el efecto tolerancia. El Pemoline es menos estimulante, tiene la ventaja de poder administrarse

como tableta masticable, pero precisa monitorizar la función hepática periódicamente. Los efectos secundarios más frecuentes son la hiperestimulación, ansiedad, insomnio, paranoia e hipertensión. Interacciona fundamentalmente con otros antidepresivos (tricíclicos, IMAO e ISRS). Los abandonos de tratamiento por estos motivos suponen el 10% de los casos.

**Conclusiones:**

Los psicoestimulantes son un grupo de fármacos efectivo y seguro para el tratamiento de la depresión, la sedación inducida por opioides, la disnea y el dolor. Su eficacia se ha probado en pacientes con cáncer, infección por HIV y posiblemente también en esclerosis múltiple. Sus propiedades hacen que los pacientes terminales puedan participar en eventos importantes al final de sus vidas. Se precisan estudios controlados para examinar su eficacia y determinar cual de ellos es el más apropiado.

**Comentario**

Conviene que de vez en cuando nos refresquen la memoria sobre las bondades de estos fármacos con revisiones como esta que nos ofrece Simon Dein como anticipo de su encuesta sobre uso de estimulantes, publicada en *Palliat Med*.

Realmente lo más espectacular en el caso de los psicoestimulantes es la experiencia clínica tan favorable cuando se usan bien.

En la revisión sólo he visto una referencia a su utilidad en el delirio hipoactivo, hecho que ni siquiera aparece en las conclusiones...

Además de las revisiones de artículos que aportan poca evidencia (muestras muy pequeñas), parece necesario un estudio serio que respalde al fin el uso de estos fármacos.

*Journal of Palliative Care*

**Revisor:** Javier Rocafort Gil, 06-12-2002

Programa regional de Cuidados Paliativos. Servicio Extremeño de Salud.

**Aplicaciones de los PC de bolsillo en Cuidados Paliativos.**

*Burns J, Schneider J, O'Brien L. The Application of Handheld Computers to Palliative Care. Abstract of the 14th International Congress on Care of the Terminally Ill - Montreal 2002. J Palliat Care* 2002; 18 (3): 234

El rápido desarrollo de los ordenadores de bolsillo en los últimos 5 años ha permitido la movilidad de la información. Usando esta tecnología, la información de todo tipo de aplicaciones puede ser accesible y recogida desde cualquier lugar. Los PC de bolsillo son capaces de introducir, recuperar o almacenar esta información, en coordinación con los PC de sobremesa. El uso de los PC de

bolsillo en medicina ha sido descrito en la literatura y en Internet. Se describe su uso en el Mercy Hospice, en Nueva Gales del Sur, Australia.

El servicio utilizó una base de datos de cuidados paliativos, que permitía a los miembros de su equipo multidisciplinar añadir datos de las visitas a los pacientes. El equipo realizó un proyecto para evaluar la tecnología de PC de bolsillo en una aplicación para Cuidados Paliativos. Este trabajo describe el proceso para identificar áreas de aplicación, desarrollo de la programación e implementación de la tecnología de PC de bolsillo para el manejo de la información en un servicio de Cuidados Paliativos.

### Comentario

Se trata del abstract de un congreso y la comunicación completa no está disponible en la revista, por tanto no se dispone de los resultados de la evaluación realizada. En un futuro cercano tendremos que acostumbrarnos a trabajar con estos mini ordenadores, tal como ya nos hemos acostumbrado a sus hermanos mayores, los PC, que ya son una herramienta imprescindible de trabajo. Valga esta comunicación como primer aviso.

Journal of Palliative Care

**Revisor:** Javier Rocafort Gil, 06-12-2002  
Programa regional de Cuidados Paliativos. Servicio Extremeño de Salud.

### Insomnio y trastornos del sueño

*Sanna P, Bruera E. Eur J Palliat Care 2002, 9(1): 8-12*

Piero Sanna y Eduardo Bruera comentan la importancia de un tratamiento temprano de los trastornos del sueño en el ámbito de los Cuidados Paliativos, además de presentarnos las terapias disponibles en la actualidad.

La elevada prevalencia del insomnio y sus consecuencias sobre la actividad cotidiana y la deteriorada calidad de vida de los pacientes con cáncer y en su familia, especialmente en la fase terminal, requiere una evaluación temprana y un tratamiento inmediato.

Se debe hacer una valoración global que incluya:

- una historia detallada al paciente y al cuidador
- búsqueda de síntomas concomitantes, asociados frecuentemente al insomnio: depresión, ansiedad, dolor, delirium y fármacos.
- recogida en un calendario durante varios días del tiempo de sueño, las actividades diarias y la medicación.
- Exploración de las funciones neurológicas y neuropsicológicas con preguntas directas del tipo: ¿Cómo ha dormido esta noche? ¿Qué piensa que le altera el sueño?... que nos puedan orientar en el diagnóstico de patología subyacente.

El tratamiento comienza con atención a la parte educativa e higiénica, busca respetar lo que se considera ciclo sueño-vigilia normal y evitar la cronificación o el empeoramiento del proceso, y, por otra, el empleo de fármacos que ayudan a inducir y a mantener un sueño reparador. Como tratamiento no farmacológico además de la adecuada higiene del sueño, se emplean técnicas de relajación y terapia cognitiva.

Respecto al tratamiento farmacológico: el menor tiempo posible y con la dosis menor efectiva. Benzodiacepinas de elección para su uso a corto plazo y teniendo precaución con los ancianos y pacientes con disfunción hepática. Zolpidem, imidazopiridina de eficacia similar a las benzodiacepinas que está indicada para el tratamiento a corto plazo del insomnio. No presenta tolerancia, dependencia, alteraciones del ciclo del sueño, ni insomnio de rebote. Olanzapina, útil para el manejo del sueño en pacientes con insomnio asociado a síndromes orgánicos mentales y delirio. Su absorción y tolerancia son buenas, pero produce estreñimiento. Amitriptilina, útil en pacientes en tratamiento con opioides, donde se deben evitar las benzodiacepinas. Nuevos fármacos: Talidomida, se ha mostrado efectiva en el tratamiento de síndromes asociados al cáncer, como el insomnio. Melatonina, inductor fisiológico del sueño muy útil en el tratamiento del insomnio del anciano (por su baja toxicidad), puede ser utilizado, por la misma razón en enfermos terminales. Metilfenidato se utiliza para el tratamiento de la somnolencia asociada al uso de opioides y narcolepsia.

European Journal of Palliative Care

**Revisor:** Silvia Hernansanz de la Calle, 12-12-2002  
Equipo de C. Paliativos Domiciliario AECC-SACYL

### Estudio retrospectivo del uso de corticoides en la fase final de la vida en un Hospice.

*Gannon C, McNamara P. A retrospective observation of corticosteroid use at the end of life in a Hospice. J Pain Symptom Manage 2002; 24: 328-334.*

Los autores llevan a cabo un estudio retrospectivo en las historias clínicas de pacientes fallecidos en un Hospice. Pretenden averiguar cuántos recibieron corticoides durante su estancia y cuáles fueron los motivos para comenzar este tratamiento y para suspenderlo. Se obtuvieron datos del 89% de los pacientes. Y de ellos, se registró el empleo de corticoides en 90 de 178 enfermos (51%). El fármaco que más se empleó fue la dexametasona (en el 77% de los casos). Los motivos principales para la administración de corticoides fueron: hipertensión intracraneal (24%), estimulante con alivio sintomático inespecífico (22%) y dolor (13%). El principal motivo para suspender los corticoides antes del fallecimiento fue la imposibilidad para administrarlos por vía oral.

**Comentario**

El trabajo presenta datos retrospectivos sobre el empleo de corticoides en un Hospice británico. Asimismo, incluye una revisión práctica sobre el empleo de corticoides en Cuidados Paliativos. Las condiciones de atención de pacientes en un Hospice no se pueden extrapolar directamente a las de los enfermos en situación terminal atendidos por las Unidades de Cuidados Paliativos en nuestro medio. De hecho, en nuestro caso es frecuente que el uso de corticoides se centre en su efecto estimulante inespecífico o en su eficacia como coadyuvante en el tratamiento del dolor. Y no es extraño que no se suspenda en pacientes con dificultad para la deglución, sino que pase a administrarse como solución (ampollas de dexametasona, gotas de deflazacort) o inyectado por vía subcutánea (dexametasona). En todo caso este es un trabajo escueto que aporta datos descriptivos elementales sobre el uso de corticoides y que muestra que incluso estudios sencillos con un diseño adecuado tienen cabida en revistas internacionales

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 15-12-2002  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Prescripción de antibióticos para episodios febriles en pacientes ingresados en un hospice**

*Chen CK, Chon YC, Hsu PS, et al. Antibiotic prescription for fever episodes in hospice patients Support Care Cancer 2002;10:538-541*

Objetivo: Analizar el manejo de los episodios febriles y la utilización de ATB en un hospice.

Material y método: Estudio retrospectivo mediante revisiones de historias clínicas julio 99- junio 01 Centro Hospitalario Taiwan (UCP 15 camas). Variables: edad, sexo, fecha ingreso, fecha de fiebre, fecha defunción. Tratamiento: clasificado en tres niveles 1: ,2: ,3: , KPS Glasgow, Estadística Chi cuadrado y T de Student. Test Fisher / U McWhitney

Resultados: N=481 de los cuales 329 varones y 152 mujeres. Edad 67.2. Nº Ingresos = 535. Nº pacientes que presentaran fiebre = 88 (18%) . Nº de episodios fiebre 93. En los episodios febriles se evidenció:

- Aumento cuidados enfermería: / SNG / SV, no estadísticamente significativo (NS)
- Aumento uso analgésicos mayores (NS)
- Pérdida de la capacidad verbal de comunicarse en el 17% respecto al ingreso
- Disminución KPS de 33 +-14 a 28 +- 12. (significación estadística)

- Disminución del Glasgow de  $13 \pm 2.4$  a  $11.4 \pm 2.8$ . (significación estadística)
- Pruebas diagnósticas:
- Análisis sangre 51.6%, cultivo sangre: 23.7 %,
- Análisis orina 22.6%, cultivo orina 22.6%
- Rx 15.1 %,
- Otros cultivos: 17.2 %.

- Tratamiento ATB 84.9 % :
- 51 % - EV 1ª línea,
- 29 % - EV 2ª línea,
- 4.30 % VO
- 9 tratamiento se cambian según resultado del cultivo, 54.4 % mejoría clínica 3 días después de iniciar tratamiento ATB.
- Tratamiento antipirético: 14.1 %
- Supervivencia  $13.8 \pm 12.8$  días para los pacientes tratados con ATB  $14.6 \pm 13.1$ ; para los pacientes no tratados con ATB  $8.7 \pm 9.9$  el 50% falleció a los 3 días.

**Discusión:**

Los autores comienzan este apartado señalando lo controvertido y complejo del tratamiento antibiótico en cuidados paliativos. Destacan lo importante de una toma de decisiones individualizada.

**Comentario**

Se trata de un trabajo interesante que nos plantea un problema cotidiano en CP aunque el diseño no permite responder algunas preguntas básicas como es ¿cuál es el foco infeccioso más frecuente? ¿ En qué medida se tiene en cuenta el pronóstico de cada paciente para iniciar el tratamiento antibiótico? ¿el cambio de antibiótico a qué criterio responde? En conjunto parece que el abordaje que se hace de los cuadros febriles es muy típico del hospital de agudos

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 17-12-2002  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

**Repercusión de la disnea, el dolor y la astenia en las actividades de la vida diaria en pacientes ambulatorios con cáncer de pulmón avanzado.**

*Tanaka K, Akechi T, Okuyama T, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Impact of dyspnea, pain, and fatigue on daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. J Pain Symptom Manage 2002; 23: 417-423.*

En un población de 184 pacientes con cáncer de pulmón avanzado, 171 (93%) rellenaron un cuestionario dirigido a evaluar la intensidad de síntomas como disnea, dolor y

astenia. También se pretendía conocer si estos síntomas interfieren en las actividades de la vida diaria como el trabajo, caminar, dormir, la relación con los demás, la capacidad para disfrutar, el estado de ánimo... De acuerdo con los resultados, la disnea y la astenia repercuten algo más que el dolor en estas actividades, principalmente con las que requieren actividad física, mientras que el dolor influye más en el estado de ánimo. En general, la repercusión en las actividades de la vida diaria es proporcional a la intensidad de los síntomas. Los autores aportan datos sobre cuántas son las actividades de la vida diaria que se ven alteradas por cada uno de los síntomas pero estos datos están sesgados por el propio planteamiento (limitado) del cuestionario.

Probablemente, la disnea, el dolor y la astenia sean los síntomas que por su frecuencia y su relevancia clínica más afectan a los enfermos con cáncer avanzado. Aunque todos repercuten de una manera bastante similar en las actividades de la vida diaria, llama la atención que sean la disnea y la astenia las que se muestran algo más relevantes. Además su influencia se centra más en las actividades que requieren una actividad física (como el trabajo o el caminar) mientras que el dolor limita más otros componentes, como el estado de ánimo. En todo caso, entre todos los síntomas y las actividades de la vida diaria se encuentra una relación profunda, de manera que la alteración de cualquiera influye en todos los demás.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 18-12-2002  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Dolor, sedación y metabolismo de la morfina en pacientes de cáncer en tratamiento crónico con morfina de liberación sostenida.**

*Andersen G, Jensen NH, Christrup L, Hansen SH, Sjogren P. Pain, sedation and morphine metabolism in cancer patients during long-term treatment with sustained-release morphine. Palliat Med 2002 Mar;16(2):107-14.*

Morfina-6-glucuronido y morfina-3-glucuronido son los dos metabolitos más importantes de la morfina. Ambos son farmacológicamente activos, sin embargo poseen efectos bien diferentes. Se ha demostrado que M-6-G es capaz de inducir anti-nocicepción y sedación, y M-3-G puede inducir conducta agitada y, posiblemente, antagonismo de la anti-nocicepción. Su importancia en la farmacodinamia de pacientes que siguen tratamiento a largo plazo con morfina oral todavía tiene que ser aclarada.

Cuarenta y dos pacientes tratados con morfina oral de liberación sostenida fueron valorados respecto dolor, sedación, y otros efectos secundarios relacionados con el tratamiento con morfina. Se analizaron en muestras de sangre los niveles de morfina, M-6-G y M-3-G mediante cromatografía líquida de alta resolución.

Se encontró correlación significativa entre la dosis diaria de morfina oral de liberación sostenida y niveles plasmáticos de morfina, M-6-G y M-3-G. No se halló relación entre niveles plasmáticos de morfina, M-6-G, M-6-G/M e intensidad de dolor y sedación. El 79% de los pacientes padecieron boca seca, que fue el efecto secundario más frecuentemente encontrado. Los pacientes de este grupo tenían niveles plasmáticos más altos de morfina y M-6-G que los pacientes que no tenían este efecto secundario.

Las concentraciones en plasma de la morfina y sus metabolitos, M-6-G y M-3-G, se correlacionan bien con la dosis diarias administradas de morfina de liberación retardada. Aunque M-6-G tiene propiedades analgésicas, no se encuentran asociación entre dolor y niveles plasmáticos de morfina y sus metabolitos. Este hecho podría deberse a que otros muchos factores afectan a la relación dosis/eficacia analgésica. Existe asociación entre la sequedad de boca y los niveles de M-6-G y morfina en sangre.

### **Comentario**

El estudio está en la línea de otros trabajos realizados en los últimos años y en los cuales tampoco ha sido posible establecer una contribución clara de M-6-G ni a la analgesia, ni a la sedación por morfina. Otros estudios recientes de Morita y cols, (2002) sí relacionan la sedación por opioides con el incremento intra-individual de las concentraciones de metabolitos que se produce, por ejemplo, con el deterioro de la función renal del paciente. Este hallazgo podría explicar porqué estudios inter-individuales no encontraron asociaciones significativas entre sedación y concentración de morfina o metabolitos. La pequeña contribución de este trabajo es establecer asociación entre la xerostomía y los niveles plasmáticos de morfina y sus metabolitos. Sin embargo, el mecanismo exacto de la sequedad de boca aún no se conoce. Aunque se explica parcialmente por actividad anti-colinérgica de los opioides, la gran variabilidad de este síntomas permanecen inexplicada.

Palliative Medicine

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 18-12-2002  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.

### **Valoración del riesgo del duelo en cuidados paliativos.**

*Melliar-Smith C. The risk assessment of bereavement in a palliative care setting. Int J Palliat Nurs 2002 Jun;8(6):281-7*

En St. Ann's Hospice, Cheadle (Gran Bretaña), antes de contar con equipos de soporte en el duelo, se trabajaba como se podía en este tema, según la diferente experiencia

o entrenamiento del profesional en cada caso. Las reuniones de coordinación con los voluntarios que trabajaban en el campo del duelo adolecían de falta de enfoque, evaluación seria y objetivos claros.

Pretendiendo asegurar la ayuda al duelo para aquellos que lo necesiten, ya sean familiares o personal del grupo de cuidadores, en este centro se escogió un documento de valoración del riesgo del duelo en Cuidados Paliativos entre otros disponibles. Como evaluadores, se utilizó al equipo de enfermería preguntándoles qué cuidadores o familiares necesitarían ayuda inmediata después del fallecimiento del enfermo. La valoración de riesgo se hacía con vistas a disminuir los posibles efectos de la pena no resuelta en familiares y cuidadores de los pacientes fallecidos en este Hospice. Esta manera de trabajar ha llevado ampliar y desarrollar el programa de soporte de duelo con voluntarios. La documentación utilizada puede adaptarse a diferentes medios y servir como ayuda para continuar el programa de duelo en Atención Primaria después del fallecimiento del paciente, con un seguimiento de las personas de riesgo.

Este modo de trabajar ha resultado resulta útil como sistema de formación en el duelo del personal de enfermería. El equipo incrementó la capacidad de percepción de la pena y el duelo. Las enfermeras que realizaron la valoración de la situación en el momento de la admisión mejoraron su empatía hacia estas necesidades. Los autores también consideran que ha supuesto una ayuda adicional para los profesionales y los voluntarios que trabajan con el duelo y las pérdidas.

### Comentario

La experiencia de St. Ann's Hospice indica que es esencial iniciar y dar continuidad a los cuidados de ayuda al duelo. Es cierto que no siempre se pueden trasladar otros modelos de intervención a nuestro medio por la diferente mentalidad y cultura que existe entre latinos y anglosajones. Sin embargo, en nuestro entorno quizá tenemos una asignatura pendiente en la atención al duelo, ya que pocos equipos españoles han desarrollado iniciativas para intentar cubrir las necesidades de atención del período de luto. Posiblemente habría que diseñar estos programas a nuestra medida, teniendo en cuenta nuestras peculiaridades culturales y religiosas. Pero si queremos hacer bien Cuidados Paliativos, no deberíamos olvidar que todas las definiciones que explican lo que son los Cuidados Paliativos señalan entre sus características fundamentales que también debe extenderse la atención al período del duelo.

International Journal of Palliative Nursing

**Revisor:** Paulina Pérez Yuste, 18-12-2002

### Impacto físico y psicosocial de la boca seca en

### cuidados paliativos: un estudio cualitativo.

*Rydholm M, Strang P. Physical and psychosocial impact of xerostomia in palliative cancer care: a qualitative interview study. Int J Palliat Nurs. 2002 Jul;8(7):318-23.*

La boca seca y sus síntomas asociados representan un problema importante dentro de los cuidados paliativos. A veces se considera como un problema meramente físico y como tal se trata. En este estudio se analizan los efectos globales que tiene la boca seca, pero con un enfoque especial sobre las consecuencias psicológicas y sociales.

Se realizaron entrevistas a 16 pacientes con enfermedad terminal y con síntomas de boca seca. Las cuatro categorías que se analizaron en el estudio fueron:

- 1.- Disconfort subjetivo (sensación de sequedad y quemazón).
- 2.- Pérdida de función (problemas de articulación, alteraciones del gusto, fatiga, disfagia, etc.).
- 3.- Aumento de infecciones (ulceraciones, pinchazos...)
- 4.- Efectos psicológicos, (sensación de vergüenza o pudor, evitar los contactos sociales por los problemas al hablar, al comer, problemas para dormir y sensación de recordar continuamente su enfermedad, etc.)

El análisis de los datos encontró que aunque los síntomas físicos eran frecuentes, el impacto psicológico también podría ser considerable (En concreto: sentir la imposibilidad de comer, la sensación de vergüenza o inseguridad cuando tienen que beber agua frecuentemente en público, el aumento de la sensación de soledad y la pérdida de confianza en sí mismos, así como la sensación de sentirse más enfermos). La conclusión obligada es la necesidad de prestar mayor atención a estos problemas en los cuidados del paciente.

International Journal of Palliative Nursing

**Revisor:** Paulina Pérez Yuste, 18-12-2002

### Valoración y manejo de la fatiga en pacientes con cáncer avanzado: desarrollo de una guía.

*Coackley A, Hutchinson T, Saltmarsh P, Kelly A, Ellershaw JE, Marshall E, Brunston H. Assessment and management of fatigue in patients with advanced cancer: developing guidelines. Int J Palliat Nurs. 2002 Aug;8(8):381-8*

Este artículo considera la fatiga (entendida como astenia o cansancio) y su importancia en los enfermos con cáncer. La prevalencia de este síntoma es de aproximadamente el 60 %, y sin embargo, tanto su consideración y tratamiento han sido un poco relegados.

The Mersey Palliative Care Audit Group, es un grupo de trabajo multiprofesional especializado en cuidados paliativos. Este grupo en el año 2.000 desarrolló una guía para la valoración y el manejo de la fatiga en enfermos de cáncer avanzado. Para la elaboración de esta guía entrevistaron tanto a enfermeras como a pacientes. Entre las preguntas realizadas a las enfermeras se indagaban síntomas o signos asociados con la fatiga, posibles causas y opciones de abordaje. A los pacientes se les preguntaba sobre su experiencia y sobre el impacto de la fatiga en su vida. En la guía se establecen algunos puntos importantes como que todos los pacientes deben de tener un screening para la fatiga; debe valorarse la severidad y el impacto de la fatiga en la vida diaria del paciente (puede tener efectos físicos, psíquicos y sociales).

En cuanto al tratamiento se debe de seguir un abordaje escalonado según un "diagrama" predeterminado para estos enfermos:

- Tratar las causas de la fatiga.
- Manejo de medicación incluyendo el uso de esteroides, psicoestimulantes o antidepresivos.
- Manejo de otras medidas no medicamentosas como información, consejos de alimentación, ejercicio y descanso, soporte psicológico, terapia ocupacional, psicoterapia y rehabilitación.

International Journal of Palliative Nursing

**Revisor:** Paulina Pérez Yuste, 18-12-2002

### **Eutanasia: ¿sabemos qué es?, ¿la necesitamos? (editorial)**

*Pestalozzi BC. Euthanasia : do we know it and do we need it?. Supportive Care in Cancer 2002;10 (4): 263-264*

Este artículo editorializa sobre la eutanasia, tema que se aborda en el mismo número de esta revista en tres trabajos diferentes. El autor del editorial parte de una definición etimológica y señala las diferencias entre eutanasia y suicidio asistido. El suicidio asistido sería la situación en la que el médico facilita una dosis letal de medicamento a su paciente con el fin de que éste se la autoadministre.

Se refieren las diferentes experiencias de Holanda y del estado de Oregón, en Estados Unidos. En Holanda no se consideran diferencias entre eutanasia y suicidio asistido y la mayoría de los médicos consideran la eutanasia como una práctica médica excepcional pero aceptada. En Holanda, indica el autor según se ha publicado, entre 1990 y 1995 se recogieron 8900 y 9700 solicitudes de eutanasia respectivamente (sobre una población total de 15 millones de habitantes). Estos datos proceden de encuestas realizadas a 405 facultativos. En Oregón, en 1987, por votación popular, fue despenalizado el suicidio asistido. Se ha publicado que de las 221 solicitudes de suicidio asistido recibidas en un

periodo de 18 meses, sólo 1 de cada 6 fue contestada y 1 de cada 10 se llevó a cabo. El editorialista señala que, pese a la existencia de opositores, tanto en Holanda como en Oregón, la legalización de la eutanasia supone transparencia y publicidad.

Para concluir el autor comenta con una breve referencia algunos de los trabajos que se publican en el mismo número de la revista:

-Artículo de Biter N, et al: se trata de una encuesta a los miembros de la Sociedad Suiza de CP sobre su postura hacia temas como la eutanasia, el suicidio asistido, y la toma de decisiones en el enfermo no competente. A este respecto cabe destacar que la práctica del suicidio asistido en Suiza no está perseguido y su práctica es promovida por la Asociación "Derecho a Morir". Para esta Asociación las demandas de Suicidio Asistido por problemas de naturaleza social o psicológica no son un obstáculo para la práctica de éste.

-En el trabajo de Virik se analizan las solicitudes de eutanasia en un Hospital universitario de Australia durante el año 2000. En este caso se señala que el bajo número de solicitudes puede estar relacionado con un abordaje precoz del equipo de CP en aquellos casos de enfermedades incurables.

-El tercer trabajo que menciona está firmado por Breitbart W, quien analiza factores de la esfera existencial, emocional y espiritual como componentes fundamentales de la sensación de bienestar o malestar global experimentados por el enfermo de cáncer en sus fases avanzadas.

El editorialista concluye, tras su revisión a los trabajos que se presentan en la revista, abogando por el desarrollo y consolidación de unos CP de calidad capaces de hacernos prescindir o minimizar la necesidad de la eutanasia.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 18-12-2002  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### **Cuidados Paliativos en Italia: casualidad o milagro (editorial).**

*Toscani F. Palliative care in Italy: accident or miracle (editorial). Palliative Medicine 2002; 16: 177-178*

Hace solo unos años el desarrollo de programas institucionales o servicios asistenciales dedicados a cuidados paliativos y su integración dentro del Sistema Público de Salud en Italia hubiera sido impensable. Los cuidados paliativos comenzaron en Milán, a principios de los 80, por el influjo de un grupo de jóvenes doctores de la Fundación Floriani, pues en realidad el sistema italiano de salud no proporcionaba cuidados paliativos. Durante

muchos años la única manea de desarrollar cuidados paliativos fue crear una Organización no Gubernamental (ONG), organizar voluntarios y recaudar fondos para pagar enfermeras y médicos recién graduados para hacer atención domiciliaria. Estos equipos comenzaron a ser muy populares entre pacientes y familias. Pero bastante menos entre médicos generales y especialistas. La mayor parte de los médicos sentía que los de cuidados paliativos estaban cuestionando sus métodos y usurpando su papel. En muchos sitios cuidados paliativos esa visto como un competidor de la oncología médica que se había establecido en los hospitales o, en el caso de los especialistas en dolor, como equipos que recetaban fármacos pasados de moda porque se veían incapaces de utilizar los modernos métodos de analgesia invasiva. Además todo el mundo se sentía escandalizado al ver que se usaban dosis altas de morfina, un fármacos diabólico para placeres prohibidos y eutanasia.

Por muchos años en Italia se cuidaron miles de pacientes. Se organizaron congresos y todos tipo de reuniones científicas, se publicaron libros y revistas. Pero nunca, nada relacionado con el final de la vida porque estos temas podrían arruinar las cuotas de pantalla. Así los cuidados paliativos en Italia han permanecido en la frontera de la medicina oficial, siendo vista más como una actividad caritativa más que una intervención médica. Todo lo más que se consiguió es que en algunos sitios se toleraran algunos programas dentro del sistema público de salud y la atención domiciliaria de las ONG.

Y entonces sucedió el milagro. En 1996, la opinión pública italiana fue sacudida por el rumor de que una terapia, promovida por un médico llamado prof. DiBella, basada en la somatostatina era capaz de curar prácticamente cualquier cáncer, incluso avanzado. La oposición tomó partido aduciendo que como era posible que se negara a los enfermos terminales una alternativa a la dolorosa e inútil terapia oncológica. La respuesta final del gobierno tras estudiar la terapia del prof. Biella, fue apoyar los cuidados paliativos. Promoviendo la construcción de un centro monográfico para enfermos terminales casi en cada región, revisando la obsoleta legislación sobre opioides, y nombrando una comisión Nacional encargada de definir cuidados paliativos y su implementación.

A partir de ese momento surgieron nuevos problemas. Como las competencias sobre Sanidad habían vuelto recientemente a las autoridades regionales y de hecho eran totalmente autónomas para organizar, surgieron conflictos de poder entre poderosos intereses regionales y nacionales. Los médicos generales, geriatras, anestesiistas, (afortunadamente no los oncólogos, que acaban de conseguir sus codiciados jafaturas de servicio en los hospitales) y la medicina privada se propusieron repentinamente conseguir su pedazo del pastel. Surgió también la batalla dentro de los cuidados paliativos, entre distintas facciones que representaban teóricamente distintas filosofías y estilos, pero que en realidad apoyaban distintos intereses personales en el recientemente abierto mercado de sillas, honores y poder. Para rematar, existe una disposición en Italia que obliga a que el director o jefe de un determinado servicio tenga el título de especialista y una reconocida experiencia en esa especialidad o en otra

equivalente dentro de la Sanidad Pública. Pero en Italia no existe la especialidad de cuidados paliativos. Además los verdaderos especialistas en paliativos habían trabajado en programas privados, ONG, o servicios que realmente no se consideraban Sanidad Pública. Esto significa que todo internista, neurólogo, oncólogo o anestesiista que hubiera trabajado en un servicio hospitalarios, se sentía con derecho a ser el jefe de servicio de Cuidados Paliativos. Y qué hacer con los verdaderos y sacrificados médicos que habían trabajado durante años en paliativos. Para salvarlos, el Comité sugirió dar ventajas a aquellos que hubieran realizado al menos un curso de 90 horas. Pero muchos cursos no estaban acreditados y la Universidad protestó. Se organizaron entonces cursos nacionales en cada región según las orientaciones del Ministerio de Sanidad.

Las propuestas del Comité se aprobaron como ley recientemente. E inmediatamente fueron impugnadas por vía judicial por los paliativistas experimentados que veían lesionados sus intereses. Estas cosas no favorecieron mucho las relaciones entre el Ministerio de Sanidad y los paliativistas y muchos de ellos se encuentran ahora desorientados, sin comprender lo que pasa y temerosos de que el futuro traiga consigo programas de cuidados paliativos que crecen con escaso control de calidad por toda Italia de la mano de principiantes, mientras muchos de los más expertos han sido dejados de lado.

El sentimiento generalizado en Italia es que no se esta mejor que cuando las cosas iban peor. El editorialista se pregunta porqué Cuidados Paliativos es la Cenicienta de la Medicina. Y anima a preguntarse si realmente Cuidados Paliativos es una disciplina o solo una actitud o una filosofía; ¿es ciencia o caridad?. Detrás de estas cuestiones no hay solo un problema epistemológico, sino una cuestión práctica. Considerarse y presentarse frecuentemente como una hermandad caritativa ha sido a menudo un fácil camino de escapar a la dificultad y a la responsabilidad de exponer nuestros conocimientos y métodos a la discusión científica. Por otro lado, si la medicina paliativa es una disciplina deberíamos comportarnos como expertos y hacer lo que se espera de los verdaderos especialistas. Esto es, investigación, organización y decisiones; consenso internacional sobre evaluación, estándares, currículo, formación; y finalmente, y no es menos importante, defensa de nuestra imagen, interés, y, porqué no, defensa de nuestra carrera profesional, como todo profesional que esté orgulloso de su papel y competencia.

## Comentario

Se ofrece un amplio resumen, traducido libremente, del editorial de la revista Palliative Medicine que firma por Franco Toscani (Cremona, Italia), uno de los pioneros de la medicina paliativa en Italia. La primera parte del artículo presenta curiosas similitudes con nuestro medio. Además también nosotros acabamos de tener un ensayo de pequeño escándalo con medicación alternativa en cáncer avanzado. Cuando se sigue leyendo parece que las cosas han ido en Italia mucho más lejos, quizá como corresponde al modo de ser de nuestros queridos vecinos mediterráneos. Sin embargo hay mucho mensaje detrás de todo este editorial. Solo queda agradecer a Toscani su

claridad, valentía y sinceridad, y confiar en que en España enfrentemos nuestro futuro del modo correcto.

Palliative Medicine

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 18-12-2002  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.

### **Espiritualidad y sentido vital en el tratamiento de soporte: grupo de psicoterapia basada en la espiritualidad y en el significado de la vida en el cáncer avanzado.**

*Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality –and meaning- centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. Supportive Care in Cancer 2002;10 (4): 272-280.*

Breitbart, psiquiatra americano bien conocido por sus trabajos sobre temas neuropsiquiátricos en enfermos en situación terminal (delirium, depresión, fatiga, etc), aborda en este artículo el papel de la espiritualidad (entendida en un sentido amplio) y del sentido de la propia vida en la percepción global del propio bienestar y por tanto su importancia en el cuidado del enfermo oncológico avanzado.

Partiendo de la alta prevalencia de sintomatología de naturaleza psicosocial en el paciente con cáncer terminal, el autor defiende la necesidad de su abordaje para un tratamiento paliativo óptimo. En los diferentes apartados del artículo Breitbart hace un recorrido por diferentes fuentes y trata los siguientes aspectos:

- espiritualidad y búsqueda de significado como parte de fundamental de la calidad de vida.
- religiosidad y fe como realidades diversas que participan de diferente manera en la percepción de calidad de vida de cada persona.
- los escasos trabajos relativos a intervenciones sobre el sufrimiento espiritual al final de la vida
- los fundamentos de las intervenciones psicoterapéuticas mas frecuentes en el cáncer avanzado
- los fundamentos de la psicoterapia de la autotrascendencia y logoterapia de grupo en cáncer como iniciativas más novedosas basadas bien en la filosofía budista bien en la psicología existencial de Víctor Frankl. Ambas están orientadas a la búsqueda de un sentido a la propia existencia.

A partir de todo ello el autor comenta una inciativa puesta en marcha en su hospital por la cual se han creado grupos de psicoterapia para enfermos oncológicos avanzados cuya finalidad es trabajar sobre el malestar emocional y espiritual a partir de la búsqueda de significado o sentido a lo vivido y a lo que resta de vivir. Este modo de trabajar se inspira en las teorías de Víctor Frankl, psiquiatra judío que fue superviviente de los campos de concentración alemanes y fundador de una nueva corriente de la psiquiatría. Para este

autor las tres principales fuentes de sentido en la vida son la creatividad (trabajo, arte, dedicación a causas...), las experiencias positivas (relaciones, amor, naturaleza, humor...) y las actitudes que tomamos ante el sufrimiento y los problemas existenciales. Los problemas existenciales inevitables son el sufrimiento, la muerte y el sentimiento de culpa entendidos como la dificultad o imposibilidad de explotar al máximo los propios potenciales.

### **Comentario**

Se trata de un artículo muy interesante, aunque denso y algo complicado si no se maneja con soltura el idioma en el que está escrito. Su interés radica en que aborda el tema del sufrimiento espiritual o existencial desde una perspectiva no confesional o laica como algo fundamental a abordar en los CP. Ofrece además una completa bibliografía sobre el tema. Contempla también la posibilidad de una intervención terapéutica sobre personas desesperanzadas, que han perdido el sentido a su vida o con gran sufrimiento espiritual. El autor no aporta resultados sobre esta experiencia pero creo valdrá la pena seguir la pista a esta experiencia en futuras publicaciones.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 18-12-2002  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### **Rotación opioide desde morfina a fentanilo transdérmico para disminuir toxicidad**

*McNamara P. Opioid switching from morphine to transdermal fentanyl for toxicity reduction in palliative care. Palliat Med. 2002 Sep;16(5):425-34*

Este estudio se propone determinar si el cambio a fentanilo en pacientes con toxicidad por morfina es eficaz y tiene por resultado la disminución de los efectos indeseables de la morfina, la mejoría en la función cognitiva y en la sensación subjetiva de bienestar de los pacientes, manteniéndose al tiempo un control adecuado del dolor.

Diecinueve pacientes, de edades entre los 42 y los 86 años, con cáncer terminal, en tratamiento con morfina para su dolor y que tenían efectos secundarios molestos por toxicidad fueron cambiados a fentanilo en parche a dosis equivalentes (la mayoría, parches de 50-100 mg/h). El control del dolor se mantuvo con esta nueva medicación a lo largo de los 14 días que duraba el estudio. Como medicación de rescate se utilizó fentanilo subcutáneo en los primeros días y dextromoramide (medicación oral estructuralmente similar al fentanilo) en los siguientes. Nueve pacientes terminaron el estudio (tres salieron del estudio por presentar efectos adversos, dos por encontrarse demasiado deteriorados en opinión del investigador, uno por falta de respuesta). Durante este tiempo la variable principal bienestar general mejoró en rangos estadísticamente

significativos. También mejoró la somnolencia. Se observó una mejoría en la capacidad de mantener la atención y en la calidad de la concentración. También se apreciaron mejorías en la función cognitiva y, dentro de ella, específicamente en la memoria inmediata. Los pacientes no presentaron alucinaciones o ilusiones. No se observaron cambios en los niveles de ansiedad o depresión medidos con Hospital Anxiety Depression Scale). La incidencia de mareo se redujo claramente. No se observaron cambios respecto a mioclonias antes y después. La impresión de los investigadores fue que el tratamiento había resultado "regular" ("fair"), lo cual no concuerda bien con la mejor impresión expresada por los pacientes (74/100 en escala analógico "peor-mejor").

### Comentario

Este pequeño estudio, patrocinado por la Janssen Research Foundation, apoya la utilidad del fentanilo en parches cuando se usa como segundo fármaco en la rotación. El estudio, desde el punto de vista del método, tiene alguna debilidad. La primera que estaba planteado para 30 pacientes, según afirman los autores, pero reclutó 19, y se completó el tiempo de estudio –quince días- con solo 9 enfermos. Sin embargo para la evaluación de resultados se toman las valoraciones de los 19 pacientes considerando como válida la última evaluación realizada después del cambio con independencia del día en que se hizo. En el texto no consta como se hace la selección de los pacientes para ser incluidos en el estudio, es decir no se define qué se entiende por toxicidad de la morfina, solo se hace referencia a "pobre sensación de bienestar" y "molestia por toxicidad". También cabe plantearse si el deterioro de la función cognitiva en el momento de la inclusión de los pacientes (todos con toxicidad opioide) no afectaría a la evaluación del bienestar, del dolor, y del resto de variables. Respecto a los resultados, en el bienestar global evaluado por el paciente se aprecia mejoría estadísticamente significativa. También en la sensación de mareo. No se aprecia significación estadística en nada más (función cognitiva, atención, mioclonias, náuseas, vómitos, movilidad intestinal, distress emocional). Aunque en el resumen se señala que hubo "mejoría" en la función cognitiva, en ninguno de los parámetros controlados se alcanza significación estadística. Para la medida de la función cognitiva no se utilizó ninguno de los test habituales en clínica, sino otras pruebas diseñadas para pacientes con demencia que no habían sido usadas antes en cuidados paliativos. En cualquier caso, a pesar de la escasez de resultados más puntuales o más claros con esta muestra reducida, siempre podemos pensar que los pacientes consideraron beneficioso el cambio de medicación. Aunque la conclusión inmediata podría apuntar a considerar ventajoso el uso de fentanilo, la correcta sería más bien considerar lo beneficiosa que puede resultar una rotación opioide (la que sea, la que se pueda realizar en cada medio) cuando aparecen síntomas de toxicidad. En este estudio se observa como 19 pacientes con toxicidad inducida por un opioide mejoran claramente cuando se cambia desde éste a otro opioide distinto. Quizá tendríamos que acostumbrarnos a realizar con más frecuencia un cambio de opioide.

### Palliative Medicine

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 12-01-2003  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.

### Prevención de úlceras por presión en cuidados paliativos: resultados de un estudio en el Reino Unido.

*McGill M, Chaplin J. Pressure ulcer prevention in palliative care: results of a UK survey. Int J Palliat Nurs. 2002 Mar; 8(3):110-9.*

La prevención de las lesiones por presión es un aspecto importante de los cuidados de enfermería en paliativos. En este artículo se contiene la primera parte de los resultados de un estudio realizado en 206 unidades de cuidados paliativos. Los puntos evaluados fueron la existencia de protocolos de prevención de este tipo de lesiones y las habilidades de los equipos para valorar riesgo de úlceras por presión. Este estudio pretende valorar el grado de cumplimiento de algunas recomendaciones para la prevención de lesiones por presión contenidas en una guía nacional, que recientemente se había publicado. Entre los puntos considerados en esa publicación está la recomendación de cambiar los colchones cada cinco años y la necesidad de que haya un personal encargado del cuidado y control de estos colchones. Respecto a la educación del cuidador: se señala la importancia de informarle acerca de los factores de riesgo y modos concretos para ayudar a disminuir las lesiones por presión. La guía sugiere que un programa de educación pueden reducir la incidencia y prevalencia de estas lesiones. Se citan siete factores de riesgo: sensibilidad disminuida, morbilidad local, humedad, actividad en la cama, estado nutricional o cambio de peso reciente, estado de la piel y roce en puntos de apoyo. La guía recomienda la valoración de riesgos dentro de las seis horas primeras desde la admisión del paciente.

### International Journal of Palliative Nursing

**Revisor:** Paulina Pérez Yuste, 12-01-2003

### Eutanasia: análisis realizado por la Asociación Suiza de Cuidados Paliativos.

*Bittel N, Neuenschwander, Stiefel F. Euthanasia: a survey by the Swiss Association for Palliative Care. Supportive Care in Cancer 2002;10 (4): 265-271.*

La directiva de la Asociación Suiza de CP, antes de fijar su postura en torno a la eutanasia, realizó una encuesta entre

sus socios, en el contexto de la despenalización de la eutanasia en Holanda y considerando que la práctica del Suicidio asistido en Suiza no está penalizado.

Enviaron una encuesta anónima a sus 726 miembros. El cuestionario contaba con una parte común para todos los profesionales en la que se planteaban 8 supuestos hipotéticos ante los que había que manifestar el grado de acuerdo mediante una escala categórica verbal de 4 opciones y una parte específica para cada grupo profesional. Los supuestos que se evaluaban hacían referencia al suicidio asistido y la eutanasia en un enfermo incurable y con grave sufrimiento; en un enfermo incompetente a requerimiento de la familia o del propio médico y en el supuesto de que el enfermo fuera el encuestado.

Los autores señalan como resultados que recibieron un 56,5% de los cuestionarios enviados (54% correspondieron a médicos, 68 a enfermeras y 21% a otras profesiones). De las encuestas analizadas:

- 56% se manifestaba en desacuerdo al suicidio asistido
- 69% estaba en desacuerdo con la práctica de eutanasia
  - 84% manifiesta desacuerdo a aceptar una decisión relativa a la eutanasia procedente de un familiar
  - 90% manifiesta desacuerdo con aceptar una decisión de eutanasia a criterio del médico

Cuando al encuestado se le sugería colocarse hipotéticamente en el lugar del enfermo:

- un 45% deseaba tener acceso al suicidio asistido y a la eutanasia
- el 77% se oponía a delegar la decisión en un familiar.

Los autores no encontraron diferencias significativas entre las respuestas de médicos y enfermeras.

En lo relativo a la práctica de suicidio asistido y eutanasia

- un 40% de médicos y enfermeras estarían dispuestos a colaborar en un suicidio asistido
- un 19% de médicos; 29% de enfermeras y otros profesionales ofrecerían la eutanasia si esta fuera legal

Preguntados sobre su práctica clínica 8% de los médicos y 4% del resto de profesionales manifestaron haber participado en algún suicidio asistido; del total de encuestados hasta un 3% habían practicado eutanasia y hasta un 3% sin la demanda expresa del paciente.

En la discusión los autores comparan estos resultados con otros trabajos similares realizados en Italia (donde se constata la influencia de una mayor práctica religiosa), Canadá y Yugoslavia.

Los autores concluyen con la necesidad de garantizar la autonomía del paciente y abogan porque no se ofrezca el suicidio asistido o la eutanasia hasta que todos los pacientes tengan acceso a unos CP de calidad.

## Comentario

Se trata de un trabajo interesante por lo actual y controvertido del tema. En cuanto al método empleado los autores presentan un cuestionario tan simple que se podría dudar seriamente de su coherencia interna.

## Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 12-01-2003  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

## Formación en tratamiento de soporte y cuidados paliativos en Europa Central y del Este. Resultados del análisis de una encuesta.

*J. Luczak, M. Kluziak, G.P Hunter. Education/training in supportive and palliative care in central and eastern Europe. Results of a questionnaire survey. Supportive Care in Cancer 2002;10 (4): 292-302*

El presente trabajo nos presenta los resultados de una encuesta remitida a 17 líderes de cuidados Paliativos de países de Europa central y del este, así como a los responsables de oncología regionales o nacionales. La encuesta recogía información sobre tres áreas:

- formación en tratamiento de soporte para enfermos oncológicos.
- formación específica pre y postgrado en cuidados paliativos tanto para médicos como enfermeras
- diferencias entre las disciplinas anteriores así como obstáculos y elementos favorecedores del desarrollo de estas disciplinas y la disponibilidad de bibliografía específica en su propia lengua y en inglés

Los resultados de dicha encuesta se pueden encontrar en la siguiente tabla de manera resumida:

País	Formación en cp	Formación en Recursos específicos	Bibliografía		
Albania	NC	Postgrado Sí ('93)	NC		
Bielorrusia	No	Postgrado (320 h) Sí ('00)	Sí		
Bosnia	Oncología	Pregrado (8h)	Postgrado Sí ('99)	Sí	
Bulgaria	No	Postgrado (35h) Sí ('94)	Sí		
Croacia	NC	Pregrado (médicos 2h, enfermeras 12 h)	Postgrado Sí ('99)	Sí	
R. Chequia	NC	Pregrado 3 h	Postgrado 8-10 h	Sí Sí	
Estonia	NC	No	Sí ('97)	NC	
Grecia	NC	Pregrado (enfermeras y médicos 52 h)	Postgrado enfermeras 700 h	Sí NC	
Hungría	NC	Pregrado 30 h	Postgrado Sí	Sí	
Letonia	NC	Pregrado 10-14 h	Postgrado 20-30 h	Sí Sí	
Lituania	NC	Pregrado 20h	Postgrado (médicos de familia 62 h /enfermeras 60 h)	Sí ('95)	Sí
Polonia	Oncología	Pregrado 4-50 h	Postgrado Sí ('76)	250 centros Sí	
Rumania	NC	Postgrado Sí	Sí		
Rusia	NC	Postgrado Sí ('94)	Sí		

Eslovaquia NC Postgrado Sí ('94) NC  
 Eslovenia NC Postgrado Sí NC  
 Yugoslavia NC Postgrado: oncólogos y médicos de familia Sí Sí  
 NC: no consta; h: horas de duración del curso; ATS:  
 diplomado en enfermería

Todos los encuestados señalan como dificultades para el desarrollo de la formación específica en CP la situación económica de sus países y la carencia de políticas sanitarias que contemplen la medicina paliativa. Como elementos favorecedores reconocen el gran entusiasmo de las personas que forman los equipos de CP.

Llama la atención las grandes diferencias de unos países a otros y la existencia de alianzas internacionales que fomentan la formación de postgrado en el Reino Unido. Así podemos destacar convenios específicos de Rusia, Polonia y Rumanía con Gran Bretaña.

## Comentario

Se trata de un pequeño directorio de los recursos asistenciales y de formación existentes en algunos países de Europa del este y central. No es completo realmente porque se contemplan estos recursos de modo genérico sin detallar el número de equipos ni sus direcciones, etc. La comparación de estos datos con la realidad de nuestro medio permite reconocer lo mucho que hemos avanzado en poco tiempo en nuestro país y lo mucho que queda por hacer para un desarrollo armónico en cuidados paliativos en todo el mundo y particularmente en los países vecinos del Este y Centro de Europa.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 12-01-2003  
 Hospital Universitario Arnau de Vilanova

## ¿Participan los países de Europa central y del este en los ensayos clínicos sobre tratamiento de soporte?

*S. Bonsjak. Are Central Eastern European countries involved in clinical trials of supportive care? Supportive Care in Cancer 2002;10 (4): 303-308*

Objetivo: conocer el grado de implicación previa y el interés por participar en el futuro en investigaciones multicéntricas centradas en temas de tratamiento de soporte: emesis, dolor, neutropenia febril e infecciones, mucositis, fatiga, hipercalcemia, disnea, anorexia caquexia, soporte psicosocial agentes reductores de toxicidad, factores estimuladores hematopoyéticos, comunicación/docencia y calidad de vida.

Material y Método: Se remitió un cuestionario cerrado a 18

representantes de la Sociedad Europea de Oncología Médica, ESMO, pertenientes a países de Europa central y del este (Bosnia, Bielorrusia, Bulgaria, Croacia, R Checa, Estonia, Yugoslavia, Hungría, Letonia, Lituania, Macedonia, Moldavia, Polonia, Rumanía, Rusia, R Eslovaquia, Eslovenia y Ucrania). Se les solicitaba información sobre:

- participación previa en ensayos clínicos en las áreas ya señaladas
- áreas en las que les interesaría participar en futuras investigaciones
- nombre de los proyectos de investigación realizados
- tipo de ensayo
- grado de difusión mediante publicación del mismo.

Resultados: Se recibió contestación de 15 de los 18 encuestados (83%). No respondieron: Moldavia, Eslovaquia y Lituania.

Investigaciones realizadas:

- Factores estimuladores hematopoyéticos: 7/15
- Calidad de Vida: 6/15
- Antieméticos: 5/15

Los ensayos fueron desarrollados a iniciativa de la industria farmacéutica o de investigadores particulares y en pocos casos los resultados de estos trabajos fueron publicados

Las áreas de interés para futuras investigaciones:

- Croacia, Estonia, Macedonia y Rusia: antieméticos
- Bosnia, Bulgaria, R Chequia, Letonia, Ucrania, Yugoslavia: Factores estimuladores hematopoyéticos, Factores reductores de la toxicidad, Calidad de vida
- Bielorrusia, Hungría Polonia, Rumanía y Eslovenia: Comunicación / docencia y Calidad de vida

## Comentario

Este trabajo pone de manifiesto la escasa implicación de los países de Europa central y del este en investigaciones multicéntricas y el escaso interés de los investigadores en las áreas menos medicalizadas de la investigación como son los problemas psicosociales, disnea, comunicación. Probablemente en estos países y a la luz de los resultados del artículo ya comentado anteriormente de Luczak y cols. los cuidados paliativos están en fase incipiente y los conceptos relacionados con el tratamiento de soporte en oncología están aún poco desarrollados.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 12-01-2003  
 Hospital Universitario Arnau de Vilanova

## Solicitudes de eutanasia realizadas en un hospital

**universitario de Sidney durante el año 2000.**

Virik K, Glare P. Request for euthanasia made to a tertiary referral teaching hospital in Sydney, Australia in the year 2000. *Supportive Care in Cancer* 2002;10 (4): 309-313

Objetivo: Aportar información en torno a las solicitudes de eutanasia para conocer mejor las razones que las motivan y detectar deficiencias en el manejo terapéutico que pudieran contribuir a su formulación en un equipo de CP de un hospital universitario.

Material y Método: estudio retrospectivo del documento específico de evaluación de la situación del paciente realizado en la reunión interdisciplinaria semanal del Equipo de CP. Este documento consta de 12 situaciones que se verifican cada semana para cada paciente:

1. Muerte sin dignidad
2. 24 horas de dolor u otro síntoma sin mejoría
3. Personas insatisfechas ( enfermo, familia o médico de cabecera)
4. Plan de tratamiento al alta inadecuado
5. Expresión de deseos de muerte
6. Solicitud de eutanasia
7. Retraso en la derivación a CP
8. Muerte del paciente remitido para valoración en CP previa a la valoración
9. Intervenciones específicas en la última semana: quimioterapia, radioterapia, cirugía, otras.
10. Presencia inesperada del paciente en el hospital después de horas
11. Paciente angustiado
12. Comunicación pobre

En aquellos casos en los que se identificó una solicitud de eutanasia se recogió más información de la historia clínica del paciente: identificación de los tres síntomas de mayor impacto, y existencia de aislamiento social (entendido como ausencia de contacto y/o apoyo de familiares o amigos)

Resultados: Del total de 450 nuevos pacientes evaluados y tratados durante el año 2000 se identificaron 6 solicitudes de eutanasia (1.2%). Sólo una procedía de una mujer que resultó ser la más joven de la muestra. La edad media del grupo fue de 71 años. Del total de solicitudes, 3 se produjeron en invierno y 3 en primavera. Respecto a la enfermedad de base, en 4 casos fue el cáncer y en 2 enfermedades no oncológicas. La supervivencia media de estos pacientes fue de 13 días.

Las razones más estrechamente ligadas a la solicitud de eutanasia fueron:

- no ser una carga para la familia
- mantener la capacidad para decidir sobre la propia vida (autonomía)
- en 2 casos se identificó el estreñimiento como causa de la demanda ( en ambos casos fueron necesarias repetidas extracciones manuales de fecalomas)
- en 3/6 casos se detectó desesperanza por la situación y 1 paciente fue diagnosticado de depresión mayor.
- se identificó aislamiento social en 4/6 pacientes

Discusión: en este apartado los autores señalan la importancia de controlar los síntomas para no llegar a situaciones tales como las que se han descrito, así como la necesidad de detectar y realizar un abordaje de los problemas psicosociales que generan sentimientos de desesperanza, carga y dependencia y aislamiento sociofamiliar.

**Comentario**

El trabajo permite conocer la incidencia de la demanda de eutanasia en un centro hospitalario de Australia. Respecto a los motivos de la petición de eutanasia la muestra es tan pequeña que no permite generalizaciones de los resultados, sin embargo tiene el valor de señalar como problemas físicos fácilmente abordables pueden ser la causa del tal sufrimiento existencial que llevan a pedir terminar con la propia vida.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 12-01-2003  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

**Cuidados paliativos en un hospital general: la perspectiva de enfermería.**

McDonnell M, Johnston G, Gallagher AG, McGlade K. Palliative care in district general hospitals: the nurse's perspective. *Int J Palliat Nurs* 2002 Apr;8(4):169-75

La mayoría de los pacientes mueren en el hospital cuidados por las enfermeras del centro. Todavía las opiniones de los que están más cerca se ven ignoradas muchas veces. En este trabajo se estudian las percepciones de enfermeras de un hospital general sobre los cuidados a enfermos que fallecen. A una muestra de 263 enfermeras se le presentó un cuestionario con preguntas su preparación para dar buenos cuidados a enfermos terminales. Además el cuestionario indaga también sobre responsabilidades, relaciones afectivas, tiempo de dedicación, y la necesidad de tener soporte de otros especialistas.

El 70% de las enfermeras opina que el manejo de cuidados del enfermo terminal es parte integral de los cuidados hospitalarios. Sin embargo su insatisfacción se refleja en que solo un 8% considera el hospital como el sitio ideal para morir. Aunque en general las enfermeras se sienten seguras y confiadas en cómo desempeñan la parte más física o clínica de los cuidados, encuentran más dificultades en las cuestiones psicosociales. Tan solo una minoría siente seguridad para hablar sobre la muerte o el morir con sus pacientes. Las barreras que encuentran para realizar un cuidado óptimo de un enfermo paliativo en un hospital general son: falta de formación adecuada y adiestramiento, presión del exceso de trabajo y falta de apoyo de los médicos y supervisoras.

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Paulina Pérez Yuste, 12-01-2003

### **Dexametasona como tratamiento del paciente con metástasis cerebrales o tumor cerebral primario: ¿los beneficios superan los efectos adversos?**

*Hempen C, Weiss E, Hess CF. Dexametasona treatment in patients with brain metastases and primary brain tumors: do the benefits outweigh the side effects?. Supportive Care in Cancer 2002;10 (4): 322-328.*

Objetivo: Evaluar la duración del tratamiento con corticoides y comparar ventajas y desventajas en pacientes afectos de metástasis cerebrales o tumores cerebrales primarios.

Material y método: Análisis retrospectivo de los datos recogidos en la historia clínica de dos grupos de pacientes:  
-pacientes afectos de metástasis cerebrales entre 1992-1997  
-pacientes afectos de tumores cerebrales primarios entre 1991-1997

Las variables analizadas fueron: tratamiento con radioterapia, tipo de corticoide administrado, indicación profiláctica o sintomática; dosis inicial, durante radioterapia y tras radioterapia, duración del tratamiento corticoide; efectos secundarios.

Resultados:

#### **GRUPO DE METÁSTASIS CEREBRALES:**

-N= 91; 44% mujeres  
-Edad media 58 años  
-metástasis única en 41.8%  
-Tumor primario más frecuente: pulmón seguido de mama  
-Tratamiento: cirugía 30.8%, radioterapia holocraneal: 100%  
30-35 Gy

#### **GRUPO TUMOR CEREBRAL PRIMARIO**

-N=47; 45% mujeres  
-Edad media: 56 años  
-Tumor primario: glioblastoma: 72%; astrocitoma:26%  
-Tratamiento: cirugía 100%: (exéresis total: 53%, subtotal: 30%, biopsia: 17%); Radioterapia holocraneal 100%

Tratamiento utilizado:

-Corticoide de elección: Dexametasona 100%  
-Dosis inicial 6-12 mg/día  
-Duración: en el grupo de metástasis la media fue de 6.9 semanas (el 17% hasta la defunción); en el grupo de tumor primario fue mucho más variable entre 3.4 y 23 semanas de media.  
-Efectos secundarios: son más frecuentes en el grupo de

tumor cerebral primario siendo el más frecuente la hiperglucemia seguido de edemas periféricos.

Discusión: en este apartado los autores señalan que sus resultados son similares a los reflejados en la literatura. Concluyen que dados los efectos secundarios de este tratamiento no está justificado su uso.

### **Comentario**

Se trata de un trabajo de título atractivo y ambicioso en sus objetivos pero que presenta notables deficiencias metodológicas y que no ofrece novedades a los datos ya conocidos. Se trata de un trabajo retrospectivo con las limitaciones que ello comporta que pretende comparar dos grupos de enfermos con gran diversidad de individuos cada uno. En los objetivos del trabajo los autores intentan conocer el grado de respuesta al tratamiento con dexametasona y compararlo con los efectos secundarios pero no concretan cómo valoran la respuesta obtenida. Sus conclusiones no se justifican en base a sus hallazgos

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 12-01-2003  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### **Evaluación de la eficacia y tolerancia de la administración de una dosis doble de morfina de liberación inmediata en el momento de acostarse.**

*Todd J, Rees E, Gwilliam, Davies A. An assessment of the efficacy and tolerability of a "double dose" of normal-release morphine sulphate ad bedtime. Palliat Med. 2002;16:507-512*

Tradicionalmente se había aceptado, en base a algunas experiencias comunicadas por Twycross, que tomar el doble de dosis de morfina en el momento de dormir, podía ser una buena manera de evitar que el enfermo se despierte por dolor. Esta práctica ha seguido siendo recomendada, aunque algunos ya habían advertido su poca confianza en este planteamiento, por otra parte, no exento de riesgos de toxicidad especialmente cuando se manejan dosis altas de morfina. En base a estas sospechas, los autores plantean un estudio prospectivo, randomizado y cruzado que compara la administración de una dosis doble (DD) de morfina de liberación inmediata al acostarse frente a la administración de una dosis simple (DS) al acostarse y otra cuatro horas más tarde.

Aunque el estudio contemplaba incluir más pacientes se interrumpió prematuramente al analizar los resultados que se llevaban obtenidos. Veinte pacientes completaron el estudio. Cuatro pacientes requirieron dosis extras de analgesia durante la fase DS, mientras que en la fase DD 11 pacientes necesitaron medicación extra (p=0.016). Además las medidas de dolor fueron peores durante la

fase DD que durante la DS (dolor nocturno  $p < 0.01$ ; dolor por la mañana,  $p < 0.01$ ). Algunos de los efectos secundarios fueron también peores en la fase DD (boca seca,  $p = 0.033$ ; sueños exaltados  $p = 0.05$ ). Los resultados no apoyan las recomendaciones del grupo de expertos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos, EAPC, sobre el uso de dosis doble en el momento de acostarse.

### Comentario

Tras este estudio, serio y bien planteado, no hay datos que avalen la práctica reseñada de dar doble dosis al acostarse para evitar despertar al paciente o para tratar incluso de que descanse mejor. Cuando se repasa este trabajo se hecha en falta una argumentación profunda de los autores sobre posibles razones que expliquen estos resultados que por otra parte parecen sorprendentes: no solo no parece justificado dar dosis doble por la noche sino que resulta globalmente perjudicial. Sin embargo se limitan a mostrar sus elocuentes resultados y apenas añaden algunas consideraciones generales en la discusión. Algunos estudios han hablado de una disminución de la intensidad del dolor y de los requerimientos de analgesia en la noche y al inicio de la mañana. También parece que pudiera haber alguna variación en el metabolismo de la morfina según un ritmo circadiano. En cualquier caso, como los tratamientos siempre deben ser individualizados, cuando un paciente no ha necesitado medicación de rescate en las noches previas, y al despertar no refiere habitualmente dolor, podría ser apropiado no despertar a ese enfermo para darle la medicación en la noche.

Palliative Medicine

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 12-01-2003  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.

### Impacto de un servicio consultor de cuidados paliativos en oncología médica.

*Homs J, Walsh D, Nelson KA, LeGranf SB, Davis M, KhawamE, Nouneh C. The impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology. Supportive Care in Cancer 2002;10 (4): 337-342*

Objetivo: describir la actividad del servicio consultor de Medicina Paliativa del Cleaveland Clinic Cancer Center y su impacto en la atención al paciente.

Material y método: Análisis de los datos recogidos procedentes de los pacientes en los que se solicita la intervención del equipo consultor de CP a nivel intra o extrahospitalario. Las variables recogidas fueron: motivo de consulta, servicio de procedencia, datos demográficos y epidemiológicos del paciente, ECOG Pronóstico estimado, pruebas diagnósticas recomendadas, plan de tratamiento y

cuidados, orden de no utilizar maniobras de resucitación, necesidad de recurso sociosanitario al alta, prioridades del paciente, síntomas, información, comunicación, tiempo empleado retraso en la derivación a criterio del equipo consultor.

Resultados: 240 pacientes evaluados, 50% hombres. Edad media 67 años (18-96); ingresados: 53%; media de ECOG 2; Diagnóstico: Cáncer 84% (pulmón, colorrectal, mama) De ellos 24% tenían metástasis hepáticas y un 22% metástasis óseas. 16% no cáncer (Insuficiencia cardiaca congestiva, fallo multiórgano). El tiempo medio entre el diagnóstico y la consulta a CP fue de 9.4 meses. El servicio de procedencia mayoritario fue oncohematología (53%). El motivo de la interconsulta fue control sintomático en el 79% de los casos. El pronóstico estimado fue de 2 a 8 semanas en el 38% y de más de 6 meses en el 37%. Las prioridades del enfermo fueron el control de síntomas (84%), retorno al domicilio (55%), muerte confortable (5%). Se detectó una media de 13 síntomas por paciente (rango 2-30), siendo los más frecuentes astenia, xerostomía, dolor y anorexia. Respecto a las pruebas diagnósticas en 38 pacientes se solicitaron analíticas y en 27 Radiografías. Se introdujeron 163 ajustes de medicación en el tratamiento sobre todo en lo relativo a opioides, antieméticos, laxantes y corticoides. El tiempo medio de la intervención fue de 60 minutos en el caso de los residentes y de 30 minutos para los adjuntos del equipo de CP (tanto unos como otros dedicaron aproximadamente dos tercios del tiempo a hablar con la familia). En el 39% se consideró que existía demora en la solicitud de intervención.

### Comentario

Trabajo descriptivo de planteamiento sencillo pero interesante en la información que aporta pues permite conocer en detalle la actividad de un equipo de soporte hospitalario de cuidados paliativos. Podría servir de modelo para otros trabajos, de manera que se pudieran comparar resultados con los aportados por los autores.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 12-01-2003  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### Impacto de un servicio consultor de cuidados paliativos en oncología médica.

*Homs J, Walsh D, Nelson KA, LeGranf SB, Davis M, KhawamE, Nouneh C. The impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology. Supportive Care in Cancer 2002;10 (4): 337-342*

Objetivo: describir la actividad del servicio consultor de Medicina Paliativa del Cleaveland Clinic Cancer Center y su impacto en la atención al paciente.

Material y método: Análisis de los datos recogidos procedentes de los pacientes en los que se solicita la intervención del equipo consultor de CP a nivel intra o extrahospitalario. Las variables recogidas fueron: motivo de consulta, servicio de procedencia, datos demográficos y epidemiológicos del paciente, ECOG Pronóstico estimado, pruebas diagnósticas recomendadas, plan de tratamiento y cuidados, orden de no utilizar maniobras de resucitación, necesidad de recurso sociosanitario al alta, prioridades del paciente, síntomas, información, comunicación, tiempo empleado retraso en la derivación a criterio del equipo consultor.

Resultados: 240 pacientes evaluados, 50% hombres. Edad media 67 años (18-96); ingresados: 53%; media de ECOG 2; Diagnóstico: Cáncer 84% (pulmón, colorrectal, mama) De ellos 24% tenían metástasis hepáticas y un 22% metástasis óseas. 16% no cáncer (Insuficiencia cardíaca congestiva, fallo multiórgano). El tiempo medio entre el diagnóstico y la consulta a CP fue de 9.4 meses. El servicio de procedencia mayoritario fue oncohematología (53%). El motivo de la interconsulta fue control sintomático en el 79% de los casos. El pronóstico estimado fue de 2 a 8 semanas en el 38% y de más de 6 meses en el 37%. Las prioridades del enfermo fueron el control de síntomas (84%), retorno al domicilio (55%), muerte confortable (5%). Se detectó una media de 13 síntomas por paciente (rango 2-30), siendo los más frecuentes astenia, xerostomía, dolor y anorexia. Respecto a las pruebas diagnósticas en 38 pacientes se solicitaron analíticas y en 27 Radiografías. Se introdujeron 163 ajustes de medicación en el tratamiento sobre todo en lo relativo a opioides, antieméticos, laxantes y corticoides. El tiempo medio de la intervención fue de 60 minutos en el caso de los residentes y de 30 minutos para los adjuntos del equipo de CP (tanto unos como otros dedicaron aproximadamente dos tercios del tiempo a hablar con la familia). En el 39% se consideró que existía demora en la solicitud de intervención.

## Comentario

Trabajo descriptivo de planteamiento sencillo pero interesante en la información que aporta pues permite conocer en detalle la actividad de un equipo de soporte hospitalario de cuidados paliativos. Podría servir de modelo para otros trabajos, de manera que se pudieran comparar resultados con los aportados por los autores.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 12-01-2003  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

**Descompresión percutánea en obstrucción intestinal aguda relacionada con tumores pélvicos malignos (comunicación breve)**

*Amsler P, Finlay I. Percutaneous decompression in acute bowel obstruction associated with pelvic malignancy (short report). Palliative Medicine 2002; 16:67-68.*

La cirugía paliativa de la obstrucción intestinal conlleva una alta morbilidad y mortalidad. Una gastrostomía o yeyunostomía de descarga puede permitir paliación efectiva de algunos síntomas. La quimioterapia también puede ser útil en algunos casos. La radiología puede permitir distinguir en caso de dudas entre estreñimiento y obstrucción intestinal. También puede ser útil para descartar la existencia de múltiples niveles de obstrucción que desaconsejarían la cirugía paliativa. El tratamiento conservador mediante la administración subcutánea de analgésicos, antieméticos y antiespasmódicos permite un buen control de síntomas en el 50% de los casos.

La descompresión percutánea permite un abordaje apropiado para conseguir control de síntomas en pacientes que no son subsidiarios o declinan la cirugía y los procedimientos endoscópicos, o en aquellos en los que esos procedimientos no consiguen un adecuado control de síntomas.

Los autores presentan tres pacientes en los que la descompresión percutánea con aguja o catéter en las asas intestinales visiblemente dilatadas en casos de obstrucción intestinal aguda permitió excelente paliación de los síntomas. Se trató de tres mujeres, dos con cáncer de ovario y una con cáncer de cérvix. Las tres habían presentado ingresos repetidos por cuadros de obstrucción subaguda.

El artículo describe detalladamente el método de descompresión: el asa intestinal más distendida se percuta hasta localizar el punto de mayor resonancia. La piel de la pared abdominal es infiltrada con lidocaína 2%, 1ml, y posteriormente con 2 ml se infiltra el resto de la pared atravesando hacia el peritoneo. Un catéter de 22-G o 20-G se inserta verticalmente para perforar el asa distendida hasta que el gas es expirado libremente hacia el exterior en una habitación bien ventilada o hacia una bomba de vacío acoplada a la aguja con llave de paso de agua (lo cual resulta menos molesto para todos para evitar el mal olor). Se interrumpe la aspiración cuando el aire deja de salir libremente. No se precisa colocar apósito después en el sitio de punción. Siempre se administra cobertura antibiótica oral con amoxicilina y metronidazol.

El procedimiento resultó seguro, fácil de realizar y efectivo, experimentando los pacientes alivio a los pocos segundos de realizarse y siendo posible el alta a su domicilio aliviados. Un paciente presentó diarrea después de la descompresión mientras estaba bajo profilaxis antibiótica. En los tres pacientes se repitió el procedimiento en dos ocasiones, unas veces con días otras con varias semanas de diferencia. Los tres pacientes fallecieron tranquilamente en un plazo de dos meses desde la primera descompresión.

**Comentario**

Esta serie de casos recuerda una manera válida de aliviar casos seleccionados de obstrucción intestinal aguda que se presentan con asas dilatadas y a tensión, mediante descompresión con la punción de un simple catéter que permita expeler el gas acumulado.

Palliative Medicine

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 12-01-2003  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.

### **Cuidados paliativos domiciliarios: mejorar la cooperación entre el equipo especialista y el médico de familia.**

*Palliative Home Care: improving cooperation between the specialist team and the family doctor. Supportive Care in Cancer 2002;10 (4): 343-348*

El presente trabajo presenta una encuesta remitida a médicos de familia belgas tras la solicitud de intervención del equipo específico de CP. Los equipos domiciliarios de CP en Bélgica están ubicados en hospitales terciarios y ofrecen consulta telefónica, consultas a domicilio, conexiones con el hospital y los recursos sociosanitarios y administración de tratamientos complejos.

Objetivo: conocer el grado de satisfacción de los médicos de familia con la intervención del equipo especializado en CP domiciliarios. Identificar las áreas de mejora y los puntos fuertes de la intervención.

Material y método: cuestionario estructurado cerrado remitido a los médicos de familia que habían solicitado la intervención del equipo domiciliario de CP en el periodo enero 2000-febrero 2001. Las dimensiones medidas en el cuestionario fueron:

- Disponibilidad del personal de enfermería, médico y trabajador social y velocidad de intervención
  - Competencia: técnica, apoyo médico y psicológico facilitado, equipamiento facilitado, ayuda en los cuidados y ayuda burocrática
  - Respeto al papel del médico de familia: reconocimiento de su liderazgo, participación en la toma de decisiones
  - Comunicación médico de familia-equipo de CP
- El cuestionario fue completado para cada caso por el propio equipo de CP.

Resultados: En el periodo del estudio fueron valorados 117 pacientes con una media de seguimiento de 29 días una media de visitas por paciente de 11.6 y una media de 3 contactos con el médico de cabecera por paciente.

De los 117 cuestionarios enviados se obtuvo respuesta en 56 (57%) de los cuales solo fueron utilizables 50 (52%). De ellos 40 correspondieron a varones. El rango de edad fue de 40-60. El 91% de los médicos se dedicaban a la

práctica privada. Un 25% había recibido formación específica en CP y un 89% conocían la existencia del equipo de CP domiciliario.- Un 76% tenían experiencia de interconsultas previas. Respecto a la satisfacción fue completa en el 56% de los casos, un 38 % se manifestaron satisfechos, un 4% moderadamente satisfechos y un 2% insatisfechos. Las causas de la satisfacción se centraban en la aportación de material, la competencia técnica y el apoyo médico. Las áreas de menor satisfacción fueron la información durante el seguimiento, la dinámica de trabajo del equipo y el reconocimiento del liderazgo del médico de familia. La evaluación del equipo de CP es más crítica respecto a la satisfacción, sobre su propia intervención, siendo las fuentes de mayor satisfacción: la velocidad de intervención, la disponibilidad y la competencia técnica. La evaluación que el equipo de CP hizo del médico de familia fue de gran satisfacción en el 33% satisfacción en el 33% moderada satisfacción 17% e insatisfacción en el 15% .

### **Comentario**

Este trabajo refleja las interacciones siempre complejas entre diferentes profesionales, en este caso médicos de familia y equipos de soporte domiciliario. En él quedan reflejadas las diferentes visiones de unos y otros. Es un buen comienzo para detectar áreas de mejora. Un trabajo así es fácilmente reproducible en nuestro medio lo cual podría resultar muy interesante.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 12-01-2003  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### **Evaluación de un liquido barrera basada en la práctica habitual.**

*Harding N. A practice-based evaluation of a liquid barrier film. Int J Palliat Nurs 2002 May;8(5):233-9.*

En cuidados paliativos son a menudo las pequeñas cosas las que ayudan a conseguir confort y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Al principio del trabajo el autor recuerda la satisfacción que le produjo la oferta de participar en un estudio de evaluación clínica de un nuevo producto pensado precisamente para proporcionar confort a los pacientes. Este pequeño estudio fue parte de otro estudio más amplio que evaluaba el Superskin, un liquido barrera ideado para proteger la piel en zonas con riesgo de deterioro. La información se obtenía del paciente (un pequeño registro diario), de las hojas de evolución médica y de las enfermeras. Como resultados se encontró que el liquido barrera tenía efectos beneficiosos sobre la piel en diversas situaciones. Parece ayudar en piel dañada por fricciones y rozaduras y en las zonas maceradas por apósitos que cubren lesiones exudativas o en zonas expuestas a la irritación de orina y heces. Además parece un buen protector de la piel sana en zonas de riesgo.

**Comentario**

Se estudia una sustancia con propiedades similares a las pastas barrera pero que presenta las ventajas de su presentación en solución líquida, su fácil aplicación por tanto, y su fácil eliminación. En este pequeño trabajo (7 pacientes) se comprueba su utilidad tanto en la prevención como en tratamiento de algunos tipos de lesiones cutáneas. Es interesante el artículo no solo para conocer una nueva presentación de un producto sino también para recordar las indicaciones de este tipo de sustancias.

International Journal of Palliative Nursing

**Revisor:** Paulina Pérez Yuste, 12-01-2003**Estudio comparativo de la puntuación de las EVAS electrónicas versus papel: ensayo cruzado y randomizado en voluntarios sanos.**

*Jamison RN, Gracely RH, Raymond SA, Levine JG, Marino B, Herrmann TJ, et al. Comparative study of electronic versus paper VAS ratings: a randomized, crossover trial using healthy volunteers. Pain 2002;99:341-7.*

La escala visual analógica (EVA) es un método de evaluación del dolor, validada y bien establecida que consiste habitualmente en una línea de 10 cm sobre un papel con unos anclajes verbales en los extremos. Los ordenadores Palm (los PTC también se conocen por aplicaciones personales digitales) han incorporado la posibilidad de usar EVAs en su pantalla táctil. A pesar de ello, la validez y las propiedades psicofísicas de las EVAs electrónicas no han sido formalmente comparadas con las EVAs convencionales en formato papel. El objetivo de este estudio es determinar el grado de concordancia entre las EVAs electrónicas y las EVAs en papel. Para ello se reclutaron 24 voluntarios sanos. Cada participante utilizó ambos medios eEVA y pEVA en respuesta a dos tipos de estímulos, uno cognitivo y otro sensorial. El estímulo sensorial consistió en un set de pesos que iban de 7 a 129 gr. Los puntos de anclaje para las EVAs de peso (estímulo sensorial) iban de 0 (no peso) a "peso referencia" (el mayor peso del set). El estímulo cognitivo consistió en una escala verbal con siete descriptores; los participantes debían marcar el lugar que mejor correspondía para cada descriptor en una escala donde los extremos fuesen "no dolor" y el "peor dolor posible". Hubo dos tipos de estímulos y dos modos de registrar las respuestas para un total de cuatro situaciones experimentales. Dos evaluadores independientes midieron y registraron todas las pEVA para el mm. más próximo. Se puntuaron un total de 2016 evaluaciones. La correlación global para los estímulos sensitivos y cognitivos fue  $r=0,91$ . La correlación para los estímulos verbales fue de  $r=0,99$  y para los sensoriales de

0,99. El análisis multivariado mostró que un mismo estímulo se registraba muy igual tanto en papel como en el palm ( $p < 0,0001$ ), por lo que se puede concluir que la versión electrónica de la EVA se encontró válida.

**Comentario**

Este artículo introduce dos aspectos novedosos. El primero hace referencia al uso de las nuevas tecnologías en la clínica diaria y concretamente en la evaluación clínica. Este es un tema sospechado pero que el artículo pone de relieve como una realidad. El segundo aspecto es más psicométrico. Realmente es alentador ver que el uso de la EVA electrónica es válida en un grupo de voluntarios sanos, pero las propiedades psicométricas de estos nuevos métodos deben comprobarse en clínica y en la población habitual. Si bien es sabido que en condiciones normales un 25% de los pacientes son incapaces de manejar la EVA papel, sería muy relevante replicar el estudio en pacientes españoles medios donde la tradición del uso del ordenador es menos sólida que en EE.UU.

Pain

**Revisor:** Josep Porta i Sales, 12-01-2003  
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).**Dolor por cáncer al final de la vida: una perspectiva biopsicosocial.**

*Sutton LM, Porter LS, Keefe FJ. Cancer pain at the end of life: a biopsychosocial perspective. Pain 2002;99:5-10*

Los autores hacen una excelente revisión actualizada de los factores psicológicos y sociales que influyen y modulan la experiencia dolorosa por cáncer y al final de la vida. Se pone de manifiesto de forma sólida como los factores psicológicos y el estrés emocional afectan negativamente la percepción y expresión del dolor. Respecto a los factores sociales se muestra de forma argumentada en estudios como la evaluación del dolor del paciente percibido por el familiar puede usarse como indicador de estrés por parte del familiar. También se revisa el papel que pueden tener las actitudes de los cuidadores en la percepción de dolor por parte del paciente.

**Comentario**

La revisión da sólidos argumentos con 47 citas bibliográficas sobre aspectos que intuitivamente ya se tenían en cuenta. Quizás el aspecto más interesante es la posibilidad de mirar los factores psicológicos y sociales desde la solidez de la ciencia y no tanto desde la opinión e intuición.

Pain

**Revisor:** Josep Porta i Sales, 12-01-2003  
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

---

**Una sola infusión de ketamina intravenosa mejora el dolor de pacientes con isquemia severa de extremidades: resultados de un ensayo doble ciego y randomizado.**

*Mitchell AC, Fallon MT. A single infusion of intravenous ketamine improves pain relief in patients with critical limb ischaemia: results of a double blind randomised controlled trial. Pain 2002;97:275-81*

Este estudio relata el primer ensayo doble ciego randomizado y controlado entre pacientes con opioides pautados de forma regular más una infusión endovenosa de ketamina a bajas dosis (0,6mg/Kg) comparada con opioides y placebo, en pacientes con alodinia, hiperalgesia e hiperpatia secundaria a isquemia severa de una extremidad. Completaron el estudio 35 pacientes, 18 recibieron opioides más ketamina y 17 recibieron opioides y placebo. Utilizando el Brief Pain Inventory, el porcentaje de alivio del dolor en los pacientes con ketamina mejoró significativamente del 50% antes de la infusión al 65% a las 24h después de la infusión y al 69% a los 5 días. En el mismo tiempo, el alivio del dolor para los pacientes con placebo fue del 58% antes de la infusión, 56% a las 24 h y del 50% a los 5 días. Ello fue estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ) utilizando tanto la t-test como el test de Wilcoxon. El grupo de la ketamina también mostró una diferencia estadísticamente significativa a las 24h después de la infusión en la mejoría global de los pacientes ( $p = 0,03$ ) y en el disfrute de la vida ( $p = 0,004$ ). Este estudio muestra que la combinación de una sola infusión de una dosis baja de ketamina con analgesia regular con opioides puede ofrecer una mejoría significativa del dolor para este grupo de pacientes.

### Comentario

Este estudio viene a confirmar la utilidad de los "pulsos" de Ketamina en dolor, en este caso isquémico, como ya se había visto útil en dolor oncológico, en un estudio abierto, no controlado (Jackson et al. J Pain Symptom Manage 2001;22:834-42). Estos trabajos abren una sólida expectativa en el manejo de aquellos síndromes dolorosos donde es conocido la activación de los receptores NMDA, los cuales no son dolores exclusivamente "neuropáticos" en términos clásicos.

Pain

**Revisor:** Josep Porta i Sales, 12-01-2003  
Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet (Barcelona).

---