

## **BIBLIOTECA TELEMÁTICA**

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



**14ª Entrega. Junio 2003**

# INDICE

Articulo	Pag.
Docencia en Cuidados paliativos en áreas rurales y remotas en Canadá: El Canadian Pallium Project.	1
¿Qué es un centro de día de Cuidados Paliativos? La perspectiva del paciente de 5 centros de Gran Bretaña?	1
Estudio piloto de morfina nasal para el dolor irruptivo en pacientes con cáncer.	1
Efecto del aceite de pescado sobre el apetito y otros síntomas en pacientes con cáncer avanzado y síndrome de anorexia-caquexia: estudio doble ciego controlado con placebo.	2
Fuentes de información en pacientes con cáncer: aspectos referentes a la calidad y uso de las mismas	2
Predictores de preocupación tras el diagnóstico de cáncer de mama	3
Comprendiendo la experiencia de dolor en pacientes terminales	4
¿Qué determina la calidad de vida de los pacientes terminales con cáncer desde su propia perspectiva?	4
Estabilidad de la puntuación de la depresión en enfermos que reciben cuidados paliativos.	5
Úlceras tumorales: problemas clínicos estimados por los cuidadores.	6
Estabilidad de las puntuaciones de los tests de depresión en los pacientes que están recibiendo Cuidados Paliativos	6
Eficacia de Gelclair en el alivio del dolor en enfermos en cuidados paliativos con lesiones orales: hallazgos preliminares de un estudio piloto abierto.	7
La calidad de vida de los pacientes en cuidados paliativos en las dos ultimas semanas de vida.	8
Sondaje nasogástrico intermitente bajo sedación para control de vómitos incoercibles en la obstrucción intestinal del enfermo terminal.	8
Puntuaciones de satisfacción y deseos de mejora de los cuidados en pacientes de servicios de oncología franceses, italianos, polacos y de Suecia	9
Barreras en el paciente que dificultan un buen control del dolor	9
Efecto del dolor oncológico en el estado general, el estado de ánimo y el nivel de esperanza entre enfermos oncológicos taiwaneses.	10
Desórdenes alimenticios en los pacientes con cáncer avanzado	10
Estimación clínica de la supervivencia y el impacto de otros parámetros pronósticos en el paciente con cáncer terminal en Oman.	11
Evaluación del estado nutricional y del pronóstico en cáncer avanzado: interleukina-6 (IL6), proteína-C-reactiva (PCR) y el índice pronóstico inflamatorio y nutricional (PINI)	12

Artículo	Pag.
¿Hay respaldo bibliográfico para afirmar que las Unidades de Cuidados Paliativos modifican la experiencia de la situación terminal en los pacientes y en sus cuidadores?	12
Opioides orales en el tratamiento del dolor neuropático central y periférico	13
Situación actual y futuro del abordaje terapéutico de la ascitis maligna.	14

**Docencia en Cuidados paliativos en áreas rurales y remotas en Canadá: El Canadian Pallium Project.**

*Pereira J, Aherne M, Chary S, Daeninck P. Palliative care education in rural and remote areas in Canada: the Canadian Pallium Project. Abstract of the 14th International Congress on Care of the Terminally Ill. J Palliat Care 2002; 18 (3):211*

Los profesionales de atención primaria de zonas rurales y distantes encuentran dificultades para conseguir su formación continuada. En Canadá, las grandes distancias suponen un reto para la formación. A esto se unen otros impedimentos más comunes, como los recursos limitados para docencia en Cuidados Paliativos o la carencia de infraestructuras para docencia en el entorno rural. En 2001, un grupo de profesionales de CP de Canadá decidió organizar nuevas estrategias de educación en Cuidados Paliativos para las zonas rurales. El proyecto, llamado "Pallium Project", recibió apoyo del gobierno canadiense.

El núcleo del proyecto fue la necesidad de desarrollar la coordinación de la comunicación y la colaboración, para maximizar los pocos recursos docentes existentes. Para ello, se optó por un modo-múltiple, incluyendo grupos de trabajo presenciales en las áreas rurales o métodos a distancia, basados en el vídeo o internet. Las nuevas tecnologías fueron incorporadas, como un curso interdisciplinar online basado en pequeños grupos de discusión, un grupo de trabajo virtual "the rural palliative network" o módulos independientes de aprendizaje online, como "cuidados paliativos pediátricos" o "cuidados paliativos para los pueblos aborígenes".

El proyecto se esforzó en colaborar con otros coexistentes. La evaluación también fue un componente clave del proyecto.

**Comentario**

Las nuevas tecnologías aportan cada día más campos de acción. En lugares donde el acceso a la asistencia, docencia e investigación es más difícil, es donde resultan más imprescindibles. Esta es una comunicación que describe justamente este uso. Parece una idea interesante.

Journal of Palliative Care

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

**¿Qué es un centro de día de Cuidados Paliativos? La perspectiva del paciente de 5 centros de Gran Bretaña?**

*Goodwin DM, Higgison IJ, Myers K, et al. What is palliative day care. Support Care Cancer 2002;10:556-562*

Objetivo: Evaluar servicios de cuidados paliativos de día desde la perspectiva del paciente en Londres.

Material y método: Pertenece a un estudio más amplio sobre efectividad de cuidados paliativos. Pacientes nuevos consecutivos > de 18 años. E. General: entrevista sin deterioro cognitivo.

Resultados: N= 251, n= 120. Perdidos: 27 % por acudir a una consulta externa; 25 % deterioro estado general, 24 % negativa del paciente. Participantes: 85 % completaron la entrevista inicial, 49 % completaron al segunda entrevista, 33 % completaron la tercera entrevista. Causas de las pérdidas: mal estado general, defunción. 90 % Los participantes fueron: mayoritariamente blancos afectados de Neoplasias de pulmón / Gastrointestinales / Mama. La frecuencia de las visitas al Centro de día: 1 día/semana. A la pregunta relativa a ¿Qué es un Centro de día? Todas las respuestas se podían agrupar en : Lugar de encuentro y cambio de ambiente. Lo más importante: encuentro en el 40 % de los encuestados.

Discusión:

En este apartado los autores señalan que las diferentes características entre los 5 centros participantes impide establecer comparaciones entre las diferentes aunque para la mayoría de pacientes el rasgo más identificativo del centro de día fue la posibilidad de encuentro con otras personas independientemente del modelo de cuidados propio de cada centro. Este trabajo ha permitido determinar el perfil típico del usuario de un centro de día de CP: varón blanco mayor de 65 años, jubilado, y con diagnóstico de cáncer. A partir de aquí los autores señalan la necesidad de progresar en este tipo de investigaciones para adecuar los servicios a las necesidades reales de los pacientes

**Comentario**

Es un estudio original el que se refleja que no siempre son coincidentes las necesidades e impresiones de los pacientes y las políticas sanitarias.

Supportive Care in Cancer

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

**Estudio piloto de morfina nasal para el dolor irruptivo en pacientes con cáncer.**

*Pavis H, Wilcock A, Edgecombe J, Carr D, Manderson C, Church A, Fisher A. Pilot study of nasal morphine-chitosan for the relief of breakthrough pain in patients with cancer. J Pain Symptom Manage*

2002; 24: 598-602.

La demora en el inicio y en el tiempo hasta alcanzar el efecto máximo hacen que la morfina vía oral no sea el tratamiento más eficaz del dolor irruptivo. La vía nasal permite a los fármacos alcanzar niveles en plasma de manera rápida y ya se ha empleado para administrar opioides como el fentanilo. La morfina es hidrófila, por lo que no parece adecuada para ser administrada por vía nasal. Sin embargo este problema se evita al asociarla a una sustancia como el quitosán (chitosan), un derivado de la quitina bien tolerado y capaz de adherirse al material biológico, que enlentece su eliminación mucociliar y prolonga el tiempo para su absorción. Así se consigue que la biodisponibilidad aumente del 10% a más del 50%; la concentración plasmática máxima se alcanza a los 15 minutos. En este estudio, se administró morfina-quitosán por vía nasal en 20 episodios de dolor irruptivo en 14 pacientes oncológicos. El alivio del dolor comenzó a apreciarse al cabo de cinco minutos y alcanzó su efecto máximo a los 45. En 18 de los 20 episodios (90%) la analgesia se valoró entre buena y excelente. Como efectos secundarios se refirieron molestias nasales leves y alteración del gusto, con sensación de amargor. La toxicidad sistémica más frecuente fue sedación transitoria, que fue de moderada a severa en ocho episodios (40%).

### Comentario

El estudio muestra, en una serie corta de pacientes, que la administración nasal de opioides puede ser eficaz en el tratamiento con dolor irruptivo. De acuerdo con estos datos, la asociación morfina-quitosán permite la administración nasal de morfina que es, por sí, una sustancia hidrosoluble. Este estudio es una referencia para una vía de administración de fármacos que, tal vez, nos resulte cada vez más familiar en el futuro.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 18-02-2003  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Efecto del aceite de pescado sobre el apetito y otros síntomas en pacientes con cáncer avanzado y síndrome de anorexia-caquexia: estudio doble ciego controlado con placebo.

*Bruera E, Strasser F, Palmer JL, Willey J, Calder K, Amyotte G, Baracos V. Effect of fish oil on appetite and other symptoms in patients with advanced cancer and anorexia/cachexia: a double-blind, placebo-controlled study. J Clin Oncol 2003; 21: 129-134.*

Hay pocos tratamientos eficaces en el síndrome de anorexia-caquexia en pacientes con cáncer avanzado. Los ácidos

grasos N-3, como el ácido eicosapentaenoico, se han puesto en relación con una reducción de las sustancias que inducen proteólisis y que favorecen el síndrome de anorexia-caquexia. Además se ha descrito que el aceite de pescado puede mejorar el estado general y pro-longar la supervivencia de los enfermos con cáncer avanzado. No hay datos, sin embargo, sobre su posible repercusión sobre otros síntomas. Los autores llevan a cabo un estudio doble ciego para comparar aceite de pescado y placebo en 60 enfermos con cáncer avanzado y pérdida de apetito y de peso. Cada paciente recibía diariamente, durante un mínimo de dos semanas, de 6 a 18 comprimidos bien con aceite de pescado o bien con placebo. Se controlaron el cumplimiento del tratamiento, la evolución de síntomas y de parámetros nutricionales como ciertas medidas antropométricas y los niveles de fosfolípidos en plasma. La falta de cumplimiento del protocolo, las pérdidas y los abandonos (por progresión de la enfermedad o por intolerancia gastrointestinal), que afectaron en conjunto a uno de cada tres pacientes, fueron similares en ambos brazos del estudio. La mayoría de los pacientes fue incapaz de tomar más de 10 comprimidos diarios. Un número mayor de enfermos que recibía aceite de pescado se quejó de problemas menores debidos al sabor de los comprimidos. En el análisis de los resultados no se encontraron diferencias significativas entre ambos brazos tanto en el alivio de síntomas como la hiporexia, las náuseas, el cansancio y la sensación de bienestar, ni en parámetros nutricionales como la ingesta de calorías. Solamente se observó en los pacientes que recibían aceite de pescado un aumento de la concentración de ácido eicosapentaenoico.

### Comentario

En conjunto se muestra que siguen siendo pocos los tratamientos eficaces para aliviar el síndrome de anorexia-caquexia en pacientes con cáncer avanzado. Por otra parte, es factible llevar a cabo ensayos clínicos aleatorizados sobre control de síntomas en enfermos con cáncer avanzado, pero es necesario asumir las limitaciones en este tipo de estudios: número reducido de pacientes, pérdidas de enfermos, dificultades en los parámetros de medida... Y, además, nos recuerda que es conveniente mantener un discreto escepticismo sobre los resultados de los remedios naturales aún no contrastados en este tipo de pacientes.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 14-01-2003  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Fuentes de información en pacientes con cáncer: aspectos referentes a la calidad y uso de las mismas

*Mills ME, Davidson R. Cancer patients' sources of information: use and quality issues. Psycho-Oncology*

2002, 11:371-378.

Este artículo describe las fuentes de información utilizadas habitualmente por los pacientes de cáncer y la percepción que tienen sobre la calidad de las mismas. 430 pacientes puntuaron en una escala tipo Likert su opinión sobre 19 fuentes de información comúnmente disponibles.

Las fuentes citadas con más frecuencia por los pacientes fueron el médico de familia, el equipo de quimioterapia/radioterapia, el equipo de planta y la familia/amigos. La fuente que puntuó más en términos de calidad de información fueron las enfermeras especializadas (Macmillan), mientras que los médicos de familia y el material escrito recibieron una puntuación baja. Internet era utilizado por un porcentaje inferior al 10% de los pacientes. Se examinó la relación entre las fuentes de información y el sexo, edad y diagnóstico, resultando la edad la de mayor influencia en la calidad percibida de la información y en la frecuencia de su uso.

El estudio concluye resaltando la necesidad de mejorar la información ofrecida por parte de los equipos de atención primaria, así como de investigar sobre la calidad de la información escrita disponible para los pacientes. Insisten también en la importancia del reconocimiento de la familia y los amigos como importantes fuentes de información y sugieren la necesidad de más enfermeras especializadas al ser claramente la fuente de información preferida por la mayoría de los pacientes.

### Comentario

Se sabe que una información apropiada ofrecida en el momento adecuado constituye un factor clave para facilitar a los pacientes el afrontamiento de un diagnóstico de cáncer. Sin embargo, a pesar de la abundante bibliografía sobre la información ofrecida en oncología, existen pocos estudios sobre las fuentes de información que realmente prefieren los pacientes. Estudios relacionados con esto reflejan un gran cambio en las actitudes de los pacientes a la hora de demandar y buscar información, principalmente entre los más jóvenes.

Este estudio irlandés nos hace reflexionar sobre la necesidad de analizar estas fuentes de información estudiando lo que buscan los pacientes en cada una de ellas y las carencias o dificultades del equipo de referencia que llevan al enfermo a buscar esta información hasta un extremo que en ocasiones (internet, radio/TV) puede generarle unas expectativas y esperanzas que dificultan su proceso de adaptación.

Psychooncology

**Revisor:** Marina Martínez García, 24-01-2003  
Clínica Universitaria de Navarra

### Predictores de preocupación tras el diagnóstico de

### cáncer de mama

*Matheus A, Ridgeway V, Warren R, Britton P. Predicting worry following a diagnosis of breast cancer. Psycho-Oncology 2002, 11:415-418.*

En este estudio se pretenden evaluar predictores alternativos de distrés en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. Parten de que en la práctica muchos profesionales utilizan factores tales como la gravedad de la enfermedad para anticipar la propensión al distrés. Entrevistaron brevemente en tres ocasiones a 406 mujeres que acudían a una clínica de mama inmediatamente antes del diagnóstico y dos veces tras el diagnóstico, dos y cuatro meses después. Las entrevistas valoraban sus preocupaciones con preguntas sencillas como ¿Cuánto ha pensado en el hecho de venir al hospital en la semana precedente a su visita? (0 Nada en absoluto-4 Todo el tiempo), ¿Cómo ha estado de preocupada cuando pensaba que tenía que venir? (0 Nada en absoluto-4 Extremadamente).

La gravedad de la enfermedad se estableció utilizando el Nottingham Prognostic Index (NPI).

Los resultados mostraron que la gravedad evaluada con el NPI no correlacionaba con las preocupaciones posteriores al diagnóstico como se esperaba por estudios anteriores. El factor que más correlacionó con la preocupación posterior sobre el cáncer fueron las puntuaciones de las pacientes sobre la frecuencia con la que habían pensado sobre su primera visita a la clínica en la semana precedente a la misma.

Concluyen que dada la relativa facilidad de preguntar sobre el nivel de pensamientos intrusivos pre-diagnósticos, este índice puede ofrecer un método y un indicador útil y práctico para que los clínicos identifiquen con anterioridad a aquellos pacientes más proclives a preocuparse excesivamente tras un diagnóstico de cáncer.

### Comentario

Se trata de un estudio que aparece descrito muy brevemente y que no permite analizar detalladamente los aspectos metodológicos aunque parecen utilizar principalmente comparación de medias y correlaciones simples. Sin embargo, a pesar de su sencillez metodológica aporta una idea útil para la práctica diaria. Sabemos que existen predictores de distrés sencillos de evaluar como ansiedad-depresión, historia previa de abuso de sustancias o alcohol, psicopatología previa o gravedad de la enfermedad, que deberían incluirse en toda evaluación inicial de un paciente. Este estudio sugiere otro predictor o indicador como es el grado de preocupaciones o pensamientos intrusivos previos a la primera consulta y que nos puede ayudar a saber quién será más propenso a preocuparse excesivamente por la enfermedad en el futuro, permitiendo así dirigir los recursos disponibles a estas personas. Sería interesante poder incorporar una o dos preguntas sencillas de este tipo en nuestras valoraciones iniciales, si bien requiere estudios adicionales.

## Psychooncology

**Revisor:** Marina Martínez García, 24-01-2003  
Clínica Universitaria de Navarra

### Comprendiendo la experiencia de dolor en pacientes terminales

*Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, Emanuel EJ. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. Lancet 2001; 357:1311-1315*

#### Introducción:

Estudios previos refieren tasas de dolor entre el 36 y el 75%, y que conforme se acerca la muerte, el dolor aumenta. Así, en el estudio SUPPORT (JAMA 1995; 274:1591-98), el 22% tienen dolor de moderado a severo cuando la supervivencia (SV) es menor de 6 meses y en el mismo grupo de pacientes, el 50% padece dolor en los últimos días.

#### Métodos:

Estudio multicéntrico, en 6 centros de USA. Los profesionales seleccionan 1472 pacientes con SV menor de 6 meses (1996.1997), e incluyen sólo a los no VIH, con buena capacidad de comunicación y que dan su consentimiento. Finalmente se incluyen en estudio 988 pacientes. De ellos, 501 tienen cáncer, y el resto, enfermedades terminales de corazón, pulmón, hígado, riñón u otras.

#### Cuestionario:

Es amplio, con 135 preguntas (aspectos físicos, sociales, psíquicos y espirituales), entre ellas se mide la intensidad del dolor, el tipo de médico (general o especialista) que les sigue, el deseo de más tratamiento y el porqué de ese deseo. También características sociales, capacidad funcional, nivel económico y muchas otras. Posteriormente se hacen análisis estadísticos con test uni y multivariable.

#### Resultados:

No hay asociación estadística entre el tipo de enfermedad terminal y la intensidad del dolor.

Existen las siguientes asociaciones estadísticas:

Los pacientes encamados, con depresión y con ingresos inferiores a 15.000\$ tienen más dolor de intensidad moderada o severa.

Los pacientes con ingresos mayores de 35.000\$ y que toman antidepresivos, acuden más al médico especialista.

Los pacientes encamados y afroamericanos, acuden menos al especialista.

La mayor parte de los pacientes tratados por un médico general, no quieren recibir más tratamiento.

Haber acudido al especialista, ser de raza negra, estar encamado, o deprimido (por separado) tienen relación con querer más tratamiento.

Igualmente desean más tratamiento los pacientes de raza negra que acuden al especialista.

Rechazan más tratamiento (miedo al tratamiento) las minorías raciales y los pacientes deprimidos.

#### Discusión

Los pacientes en general tienen dolor, pero prefieren tolerarlo

En muchas ocasiones el miedo al tratamiento puede ser por temor a los efectos secundarios, por ello el manejo de los efectos secundarios es una prioridad investigadora.

En otros estudios se demuestra que las minorías raciales tienen más dolor. ¿puede ser porque rechazan en mayor medida los tratamientos? ¿también por eso acuden más al especialista?

Cardiólogos, neumólogos y otros médicos no oncólogos deben recibir formación adecuada para el tratamiento del dolor.

#### Comentario

Es un trabajo observacional, muy amplio (demasiado), y por ello sin un objetivo claro. La avalancha de datos que ofrece confunde un poco.

Pero es interesante valorar algunos resultados con p significativas, como la influencia del nivel económico en la percepción del dolor, para, a partir de ahí, plantear estudios amplios (de cohortes en este caso?) más serios y con objetivos claros.

#### Otras revistas

**Revisor:** Javier Rocafort Gil, 01-02-2003

Programa regional de Cuidados Paliativos. Servicio Extremeño de Salud.

### ¿Qué determina la calidad de vida de los pacientes terminales con cáncer desde su propia perspectiva?

*Cohen SR, Leis A. What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective?. J Palliat Care 2002; 18 (1):48-58*

#### Introducción:

Aunque existen métodos para determinar la calidad de vida (QOL) en pacientes de cuidados paliativos, ningún estudio serio ha preguntado a los pacientes mismos lo que a ellos les parece "calidad de vida". Por lo tanto no está claro si éstos métodos miden lo que importa a los pacientes.

#### Objetivos:

Comprender cuáles son los principales determinantes de calidad de vida para pacientes en cuidados paliativos según su perspectiva.

#### Método:

Cualitativo. Entrevistas semiestructuradas basadas en técnicas cualitativas. Las preguntas principales han sido: ¿qué es importante para tu calidad de vida? ¿qué es un buen día para ti? ¿qué es un mal día para ti?

Posteriormente no se ha usado ningún test estadístico, han evaluado analistas que siguen un perfil adecuado (como

experiencia en estudios previos similares de cuidados paliativos)

#### Resultados.

Se han identificado 5 principales áreas básicas, cada una de ellas con subáreas.

1. Estado del paciente.
  - 1.a. consciencia física
  - 1.b. función física
  - 1.c. estado psicológico
  - 1.d. función cognitiva
2. Calidad de Cuidados Paliativos.
  - 2.a. sentirse seguro / vulnerable
  - 2.b. sentir cuidado / estar siendo tratado con respeto
  - 2.c. cuidados espirituales
  - 2.d. continuidad de cuidados / continuidad del personal
  - 2.e. disponibilidad / aceptación limitaciones personal sanitario
3. Entorno físico
  - 3.a. sitio adecuado donde estar: casa / hospital.
  - 3.b. exterior (acceso a la naturaleza, tiempo)
  - 3.c. interior: cubre / no cubre necesidades psicosociales  
cubre / no cubre necesidades físicas /funcionales
4. Relaciones
  - 4.a. apoyo
  - 4.b. comunicación
  - 4.c. cambio de papel
  - 4.d. ser una carga
  - 4.e. acercamiento / distancia por la crisis
5. Actitud
  - 5.a. bienestar existencial / espiritualidad / afrontando la muerte
  - 5.b. esperanza
  - 5.c. aguante / capacidad de encontrar algo de gozo en la vida
  - 5.d. incertidumbre / control

#### Discusión:

Los métodos estandarizados que miden QOL, con las mismas preguntas para cada paciente, puede que no afronten los problemas específicos para ellos, aunque, si tienen validez, pueden informarnos de la calidad de los cuidados del grupo.

En este caso se han identificado 5 áreas básicas con varias subáreas, sugiriendo la necesidad de establecer puntuaciones en cada área por separado, además de una puntuación global.

Parece que hay bastante consenso con otros estudios previos. En todos ellos el área psicológica fue la más importante (información, comunicación, relación con la familia). Se asumen las limitaciones del estudio, por ejemplo, está hecho en Canadá, con franco y angloparlantes, pero no sabemos si tiene validez para personas que hablan otros idiomas (pueden tener otros determinantes de calidad de vida). Los resultados no son aplicables, por el diseño del estudio, a pacientes terminales que no están recibiendo cuidados paliativos.

#### Comentario

Es un acercamiento a la opinión sobre calidad de vida de los propios pacientes. Es importante conocer estos detalles para valorar si las escalas de calidad de vida miden lo que realmente tendrían que medir.

Artículo traducido y revisado por Dr. Clint Jean-Louis, residente de medicina familiar y comunitaria en la Unidad de Cuidados Paliativos del hospital San Juan de Dios de Pamplona.

Journal of Palliative Care

**Revisor:** Médicos Residentes, 01-02-2003  
Hospital San Juan de Dios. Pamplona.

#### Estabilidad de la puntuación de la depresión en enfermos que reciben cuidados paliativos.

*Lloyd-Williams M, Riddleston H. The stability of depression scores in patients who are receiving palliative care. J Pain Symptom Manage 2002; 24: 593-597.*

El diagnóstico y el tratamiento de la depresión y de otros síndromes neuropsicológicos son problemas que no se han resuelto aún de manera adecuada en el ámbito de los Cuidados Paliativos. En este trabajo los autores emplean las puntuaciones de la Escala de Depresión de Edimburgo (EDS: Edinburgh Depression Scale), un estudio de rastreo de depresión validado en Cuidados Paliativos, para hacer un seguimiento semanal de pacientes oncológicos en una Unidad de Día de Cuidados Paliativos. La duración del seguimiento proyectada en cada paciente era de tres meses. Obtuvieron resultados de 50 enfermos, de los que 32 (64%) completaron al menos 6 de los 12 cuestionarios. Diez pacientes (20%) presentaron puntuaciones por encima del umbral al inicio del estudio. Estos diez enfermos con valores más elevados mantuvieron unas puntuaciones similares a lo largo del estudio, a pesar de que en ocho de ellos se decidió comenzar tratamiento antidepresivo. Tres de los 40 enfermos (8%) que se encontraban dentro del rango de la normalidad al inicio del estudio superaron el umbral en cuestionarios ulteriores.

#### Comentario

Las proporciones de pacientes con sospecha de depresión que presentan los autores, con el uso de un cuestionario de rastreo, son compatibles con los que se publican en el campo de la Medicina Paliativa. El hecho de que no más de tres de los 50 pacientes (6%) fallecieron durante un seguimiento de tres meses hace pensar que su situación funcional y la intensidad de los síntomas no fueran realmente severas, por lo que los resultados no deberían extrapolarse a pacientes en sus últimas semanas de vida. Los autores destacan la estabilidad de las puntuaciones a lo largo del seguimiento, a pesar de que los enfermos con valores por encima del umbral recibieron tratamiento antidepresivo, lo que pudiera hacer dudar de la eficacia de estos tratamientos... En todo caso, es importante conocer que la situación anímica de un paciente en una Unidad de Cuidados Paliativos suele mantenerse estable (para bien o

para mal), al menos, en los meses iniciales del seguimiento.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 18-02-2003  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Úlceras tumorales: problemas clínicos estimados por los cuidadores.

*Schulz V, Triska OH, Tonkin K. Malignant wounds: caregiver-determined clinical problems. J Pain Symptom Manage 2002; 24: 572-577.*

Cerca del 5% de los cánceres presentan afectación cutánea, sin embargo no se conoce cuál es la proporción que llega a desarrollar úlceras tumorales ni se ha realizado una descripción pormenorizada de los problemas que se asocian a este tipo de complicaciones. Para llegar a conocerlos, los autores han llevado a cabo un estudio cualitativo entre cuidadores, especialmente del ámbito de la enfermería, en que se pedía que hiciera un listado de los problemas padecidos por un enfermo con úlceras tumorales que hubiesen atendido. En total los 136 cuidadores refirieron 816 problemas clínicos, con una media de 6 problemas por paciente. Los problemas referidos con mayor frecuencia fueron: dolor, estrés emocional (desánimo, ansiedad, angustia, alteración de la imagen corporal, pérdida de autoestima, evidencia visible del crecimiento del tumor), mal olor, exudado, sangrado, limitación funcional (inmovilidad, dificultades para dormir, problemas para la ingesta o para comunicarse), problemas en el trato social (aislamiento, dependencia, posibles reacciones de los demás), edema, complicaciones añadidas (incontinencia de esfínteres, fístulas, infección, astenia) y alteraciones en la nutrición (náusea, hiporexia, caquexia). También se presentaron como un problema importante las dificultades para realizar unas curas locales adecuadas de las úlceras tumorales.

### Comentario

En el ámbito de la Medicina Paliativa, donde el componente subjetivo y personal es fundamental, los estudios cualitativos cobran más importancia. Además, como refieren los autores, los estudios cuantitativos requieren un fundamento de estudios cualitativos. Este trabajo sirve para dar una buena orientación a ulteriores estudios cuantitativos en torno a las úlceras tumorales. Permite conocer, de una manera amplia, cuáles son las repercusiones más relevantes de este problema (desde el punto de vista de los cuidadores) y, a su vez, estimar la proporción de enfermos que las padecen.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 19-02-2003  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Estabilidad de las puntuaciones de los tests de depresión en los pacientes que están recibiendo Cuidados Paliativos

*Lloyd-Williams M, Riddleston H. The Stability of Depression Scores en Patients who are receiving Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management. 2002; 24: 593-597*

La depresión se diagnostica y se trata de modo insuficiente en cuidados paliativos, esto lleva con frecuencia a un peor control de síntomas como el dolor y es causa de sufrimiento en el paciente y en su familia. La creencia errónea de que la enfermedad terminal causa invariablemente depresión puede dificultar el diagnóstico. Además, en ocasiones resulta difícil distinguir la tristeza normal al final de la vida, de la depresión, ya que no disponemos de marcadores biológicos, signos físicos o tests diagnósticos eficaces.

En un intento de mejorar la detección y tratamiento de la depresión se han diseñado diversos instrumentos de screening que ayuden a discriminar qué pacientes podrán necesitar una evaluación detallada de su estado de ánimo. La mayoría consisten en una lista de ítems con posibles repuestas entre las que el paciente elige. En Cuidados Paliativos muchos de los síntomas físicos de la depresión (anorexia, astenia, insomnio) están presentes debido a la propia enfermedad y no son de ayuda en el screening. Una de las escalas más utilizadas en Europa es la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), basada en la presencia del síntoma anhedonia. Otras técnicas de screening se centran más en los sentimientos de culpa, inutilidad, desesperanza, tristeza subjetiva. Una de ellas es la Edinburgh Depression Scale (EDS) diseñada inicialmente para mujeres en el período postnatal y validada en pacientes paliativos obteniendo una sensibilidad de 81%, una especificidad de 79%. Consta de 10 ítems que se puntúan de 0 a 3, teniendo la puntuación más alta las respuestas más negativas. Alcanza un valor Predictivo Positivo de 53%, con un punto de corte de 13/30.

Este artículo presenta un estudio prospectivo de 3 meses con la EDS. El trabajo fue diseñado para medir los cambios en la puntuación alcanzada semanalmente en el screening de depresión con la EDS y estudiar si la realización del screening en la primera valoración de paliativos puede mejorar la detección de depresión en pacientes con cáncer.

Se invitó a participar en el estudio a todos los pacientes (n=50) a su llegada a la unidad de un hospital de día de cuidados paliativos completando el cuestionario EDS semanalmente durante 3 meses. Los pacientes presentaban un estado funcional medido mediante escala ECOG 2-3/4. Ya en la primera valoración 10 pacientes (20%), puntuaron por encima del punto de corte, siendo evaluados más detenidamente e iniciando tratamiento antidepresivo algunos de ellos. A lo largo de los 3 meses, sólo 3 pacientes pasaron de estar por debajo del punto de

corte a estar por encima, sin encontrarse asociación con el tipo de tumor, sexo, o proximidad de la muerte. La mediana de los cambios en todo el grupo fue  $\pm 0,56/30$ .

Una dificultad más importante fue el pequeño número de pacientes en los cuales se consiguieron los datos completos. Algunos pacientes no fueron capaces de acudir regularmente al centro de día por debilidad o no completaron el cuestionario por otras circunstancias. Un requisito previo para la mayoría de los instrumentos de screening es que los pacientes sean capaces de completar los cuestionarios.

El presente estudio sugiere que las puntuaciones que alcanzan los pacientes cambian muy poco en el tiempo. Los pacientes que acuden a un centro de Cuidados paliativos tienen supervivencias de semanas o meses. El screening de todos los pacientes a su llegada a la unidad y una posterior valoración de los pacientes con puntuaciones altas en el test podría ser un método apropiado para mejorar la detección de la depresión.

### Comentario

Dada la frecuencia de depresión y sus efectos sobre la calidad de vida en los pacientes paliativos, resultaría muy interesante poder disponer de una prueba de screening que nos ayudase al diagnóstico y que fuera aplicable a estos pacientes. En este estudio se valoraba a todos los pacientes en el primer contacto con un programa. Es decir el screening de depresión se realiza al tiempo que la valoración de otros síntomas frecuentes en estos pacientes. La herramienta a utilizar en el screening parece más incierta. Aunque el EDS utilizado en el estudio tiene una sensibilidad y especificidad buenas, no es tan conocida como la HADS, y tampoco es tan sencilla como una EVA o una pregunta directa sobre si está deprimido. La ventaja es que sí está validada en pacientes paliativos. Algunos investigadores han sugerido que preguntar directamente a los pacientes si estaban deprimidos o utilizar la EVA podrían ser técnicas sencillas de screening. No obstante se insiste en que para responder a esta cuestión sencilla los pacientes sólo cuentan con su propia experiencia como referencia. Conviene avanzar en el diagnóstico certero de depresión porque hoy día disponemos de diversos tratamientos eficaces: fundamentalmente medicamentos antidepressivos y ciertas intervenciones psicológicas, que pueden beneficiar a los pacientes incluso en los últimos 4-6 semanas de vida.

Ana de Santiago  
Centro de Cuidados Laguna, Madrid  
Hospital Los Montalvos, Salamanca

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Ana de Santiago Ruiz, 19-02-2003

Centro de Cuidados Laguna. Madrid

### Eficacia de Gelclair en el alivio del dolor en enfermos en cuidados paliativos con lesiones orales: hallazgos preliminares de un estudio piloto abierto.

*Innocenti M, Moscatelli G, Lopez S. Efficacy of Gelclair in reducing pain in palliative care patients with oral lesions: preliminary findings from an open pilot study. J Pain Symptom Manage 2002; 24: 456-457.*

La estomatitis es una complicación frecuente en pacientes que reciben tratamiento oncológico activo (quimioterapia, radioterapia). Pero también se encuentra en pacientes que reciben cuidados paliativos. Los tratamientos habituales son anestésicos locales, analgesia sistémica y corticoides, si bien no hay un esquema que se pueda considerar estándar. Se presentan los resultados preliminares de un estudio prospectivo no controlado de Gelclair, un gel con polivinilpirrolidona y hialurónico con efecto de barrera. De los 30 pacientes que recibieron Gelclair, 10 de ellos (33%) presentaban lesiones orales en el contexto de infección por VIH y 11 (37%) lesiones secundarias a quimio, radioterapia o cirugía. Al cabo de 5 a 7 horas del empleo del preparado el dolor se redujo de una media de 8,2 a 0,6 sobre 10. Al cabo de una semana, el 87% de los pacientes refería mejoría del dolor y de la capacidad para tragar alimentos, líquidos y saliva.

### Comentario

Son muy pocas las sustancias que han demostrado de manera fehaciente su eficacia en el tratamiento de la estomatitis. La mayor parte de las que se emplean tienen un efecto analgésico, local o sistémico, pero no consiguen combatir el origen de la alteración de la mucosa. El efecto barrera del Gelclair puede ser otra ayuda a tener en cuenta en el alivio de la mucositis oral. De momento los resultados son esperanzadores pero preliminares. Y se incluyen pacientes con SIDA o con tratamiento oncológico activo, lo que impide extrapolar estos resultados al conjunto de los que están en seguimiento en las Unidades de Cuidados Paliativos. Y existe, además, un sesgo a favor del fármaco en el seguimiento ya que muchas de estas lesiones tienden a remitir espontáneamente con el paso del tiempo. Por estos motivos, como señalan los autores, hace falta esperar los resultados de estudios aleatorizados para conocer realmente lo que puede aportar este producto en nuestros pacientes.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 20-02-2003  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**La calidad de vida de los pacientes en cuidados paliativos en las dos últimas semanas de vida.**

*Lo RSK, Woo J, Zhoc KCH, Li CYP, Yeo W, Johnson P, Mak Y, Lee J. Quality of life of palliative care patients in the last two weeks of life. J Pain Symptom Manage 2002; 24: 388-397.*

Para muchos, el objetivo último de los Cuidados Paliativos es alcanzar la mejor calidad de vida posible en enfermos y familiares. Pero son pocos los estudios que analizan esta calidad de vida en pacientes en su etapa terminal. Los autores emplean el cuestionario de calidad de vida de McGill (adaptado y validado en su medio geográfico, Hong Kong) que se centra en los aspectos físico, psicológico, existencial, de sensación de apoyo por parte de los demás y sexual. De 462 enfermos con cáncer avanzado que rellenaron el cuestionario, se presentan los datos de los 58 pacientes que lo completaron en sus dos últimas semanas de vida (mediana: 6 días antes del fallecimiento). Los dos aspectos globales con puntuación menor fueron el físico (que incluye el control de síntomas, principalmente el dolor) y el existencial. En la medida en que el paciente recibe la atención propia de la Unidad de Cuidados Paliativos a la vez que se aproxima el fallecimiento, se aprecia que hay ciertas puntuaciones que mejoran, sobre todo las referidas al control de síntomas o la alimentación. Sin embargo otros parámetros se deterioran como la sensación de bienestar, el sentido de bienestar, el sentirse bien "consigo mismo" y, principalmente, la valoración subjetiva global del paciente sobre cómo es su calidad de vida.

**Comentario**

Hay motivos que justifican que el número de estudios sobre calidad de vida en enfermos terminales sea tan escaso. Son pacientes con gran debilidad, poco interés y escasa capacidad de concentración, muchos de ellos con delirium evidente. Esto reduce el porcentaje de pacientes que se podría incluir en estudios y, aun así, es normal que muchos de estos enfermos no lleguen a completar todo el seguimiento. Por este motivo, cualquier estudio sólo puede llevarse a cabo con grupos de pacientes seleccionados. Y sus resultados no pueden extrapolarse de manera directa al conjunto de los enfermos terminales. Por otra parte, tanto la subjetividad del concepto como la gran diversidad de cuestionarios sobre calidad de vida, incluso en el ámbito reducido del enfermo oncológico, reducen aun más la fiabilidad de los resultados. Así, en este estudio el concepto global de calidad de vida como compendio de los diferentes parámetros del cuestionario presenta unos valores más altos que el que los enfermos expresan como calidad de vida. Y, de hecho, el concepto global no parece modificarse al acercarse el fallecimiento mientras que lo que los pacientes sienten como calidad de vida sí que se reduce. Además, en este estudio es preciso ser más prudentes porque los componentes socioculturales del lugar donde se lleva a cabo (Hong Kong) difícilmente se pueden comparar con los de nuestro medio. En todo caso, es interesante conocer que en enfermos terminales, el ingreso en una Unidad de Cuidados Paliativos se asocia, en términos de

calidad de vida, a una mejoría de los síntomas físicos y del apetito, pero con un deterioro de la sensación de bienestar, del sentido de la vida y del sentirse bien "consigo mismo". Estos datos confirman que hay la progresión tumoral y del deterioro, físico y psicológico del enfermo terminal inducen un deterioro refractario, incluso, a los mejores Cuidados Paliativos.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 20-02-2003  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Sondaje nasogástrico intermitente bajo sedación para control de vómitos incoercibles en la obstrucción intestinal del enfermo terminal.**

*Benítez-Rosario MA, Salinas-Martín A, Martínez-Castillo LP, Martín-Ortega JJ, Fera M. Intermittent nasogastric drainage under sedation for unresponsive vomiting in terminal bowel obstruction. J Pain Symptom Manage 2003; 25: 4-5.*

Entre el 5% y el 40% de los enfermos oncológicos terminales padecen un síndrome de obstrucción intestinal. El tratamiento farmacológico se fundamenta en el empleo de antieméticos y de fármacos que reducen la secreción gastrointestinal (anticolinérgicos y análogos de la somatostatina). También es eficaz la colocación de una sonda nasogástrica, si bien esta alternativa puede provocar molestias importantes. Por este motivo tiende a plantearse sólo si no se consigue resultado con tratamiento médico. Los autores presentan dos casos de vómitos secundarios a obstrucción intestinal tumoral refractarios a tratamiento médico. En ambos se colocó una sonda nasogástrica de manera intermitente durante un periodo de sedación inducido por midazolam. Y en ambos pacientes se consiguió, de esta manera, el alivio de los vómitos sin que el enfermo padeciera la incomodidad tanto de la colocación como de tener que permanecer con la sonda nasogástrica.

**Comentario**

Todas las iniciativas que puedan repercutir positivamente en el bienestar del paciente son bienvenidas. Más aún cuando vienen la apoyada por la experiencia de los autores. La presentación de estos dos casos es esperanzadora y abre el campo a realizar un estudio prospectivo para conocer realmente qué resultados se obtienen con esta técnica en el control de náuseas y vómitos y en el bienestar del paciente terminal con obstrucción intestinal de origen tumoral.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 10-03-2003  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Puntuaciones de satisfacción y deseos de mejora de los cuidados en pacientes de servicios de oncología franceses, italianos, polacos y de Suecia**

*Brédart A, Robertson C, Razavi D, Batel-Copel L, Larsson G, Lichosik D, Meyza J, Schraub S, Von Essen L, De Haes JCJM. Patients' satisfaction ratings and their desire for care improvement across oncology settings from France, Italy, Poland and Sweden. Psyc*

Este artículo presenta una comparación intercultural de una evaluación de la satisfacción con unas escalas de respuesta (CASC) que ofrecen el grado de satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos. Investigaron qué proporción de pacientes deseaban una mejora en los cuidados para un mismo nivel de satisfacción en diferentes muestras de servicios de oncología de Francia, Italia, Polonia y Suecia; y si la edad, sexo, nivel de educación y tipo de ítems afectaba a las relaciones encontradas.

Evaluaron pacientes consecutivos: 140 en Francia, 395 en Italia, 186 en Polonia y 133 en Suecia. Se les pedía que puntuaran diferentes aspectos de los cuidados y si deseaban una mejora en alguno de ellos. Como se esperaba, en todos los países un elevado número de pacientes deseaba una mejora en aspectos con los que estaban poco satisfechos. Sin embargo en Francia, un alto porcentaje de pacientes deseaba una mejora en aspectos con los que estaban muy satisfechos y en Polonia únicamente un reducido porcentaje deseaba una mejora en aspectos con los que estaban poco satisfechos. La edad y el nivel de educación tuvieron similares efectos entre países; a mayor edad y menor educación, mayor satisfacción. Para explicar las discrepancias entre países sugirieron diferencias lingüísticas o socioculturales.

### **Comentario**

Recientemente se está produciendo un aumento de atención en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud y también en las unidades de cuidados paliativos. La SECPAL tiene un grupo de trabajo para la elaboración de estándares e indicadores de calidad en cuidados paliativos.

La evaluación de la satisfacción de los pacientes es un parámetro importante en este sentido ya que ofrece un feed-back de equipos y servicios. Pero la medida de la satisfacción se encuentra con dificultades de metodología respecto al muestreo y a los instrumentos de evaluación.

Un instrumento como el de este estudio que mide al mismo tiempo satisfacción y deseos de mejora puede conllevar sesgos importantes. A pesar de ello, se trata de un interesante estudio desarrollado en unidades de oncología europeas, que aporta datos y orientaciones útiles para aplicarlas en nuestro ámbito.

Sería interesante además, explorar las necesidades de los pacientes, ya que podemos estar evaluando satisfacción en aspectos que no son relevantes para los usuarios o al contrario, omitiendo en la evaluación elementos que son importantes para los pacientes.

Psychooncology

**Revisor:** Marina Martínez García, 12-03-2003  
Clínica Universitaria de Navarra

### **Barreras en el paciente que dificultan un buen control del dolor**

*Potter VT, Weiseman CE, Dunn SM, Boyle FM. Patient barriers to Optimal Cancer Pain Control. Psycho-Oncology 2003, 12 (2) 153-160.*

Se trata de un estudio australiano que investigó la prevalencia de preocupaciones relacionadas con los analgésicos en pacientes oncológicos. Se evalúan también los temores acerca de las implicaciones del dolor, que pueden dificultar una comunicación abierta por parte de los pacientes. Se investigó además la asociación de estas preocupaciones con un mal control del dolor.

Entrevistaron a 93 pacientes con cáncer en tratamiento oncológico. Todos cumplimentaron el Cuestionario de Barreras del Paciente (BP), un cuestionario autoadministrado para determinar la intensidad del dolor, interferencia con las actividades diarias, uso de analgésicos, empleo de terapias alternativas y dudas para referir dolor.

Un tercio de los pacientes tenían dolor clínicamente relevante que interfería con las actividades diarias a pesar del uso de analgésicos.

Los pacientes con dolor resultaron más propensos a utilizar terapias alternativas para controlarlo y a tener dudas sobre el hecho de expresarlo o no. Además tenían significativamente más preocupaciones sobre efectos secundarios de analgésicos e inyecciones y creían que los analgésicos eran ineficaces. El estudio confirma la existencia de barreras en estos pacientes que están asociadas con un inadecuado control del dolor.

Concluyen los autores expresando la necesidad de evaluar activamente el dolor, así como de desarrollar la comunicación y las habilidades para prescribir y diversificar las estrategias de manejo del dolor.

### **Comentario**

Se sabe que cerca de un 80% de los pacientes con cáncer experimentan dolor en algún momento de su enfermedad.

A pesar de que puede ser controlado en un elevado porcentaje, la realidad es distinta. En este estudio, un tercio de los pacientes presentaban un dolor mayor o igual a 5.

Existen estudios sobre aspectos que dificultan el control del dolor, pero son pocos los que estudian las barreras del paciente a la hora de manejar el dolor. Es importante que conozcamos nuestras propias dificultades como profesionales en este manejo pero también que lo hagamos sin desestimar las barreras del paciente que incluyen temores y creencias asociadas al dolor, al uso de la morfina o a expresar su dolor al médico. Por esto es fundamental una evaluación exhaustiva y multidimensional no sólo de la intensidad, sino de los aspectos psicosociales que pueden ir asociados al dolor. También habría que educar a profesionales y pacientes en estos aspectos.

Psychooncology

**Revisor:** Marina Martínez García, 23-06-2003  
Clínica Universitaria de Navarra

### **Efecto del dolor oncológico en el estado general, el estado de ánimo y el nivel de esperanza entre enfermos oncológicos taiwaneses.**

*Lin CC, Lai YL, Ward SE. Effect of cancer pain on performance status, mood states, and level of hope among Taiwanese cancer patients. J Pain Symptom Manage 2003; 25: 29-37.*

El dolor del paciente es un fenómeno multidimensional: sensitivo, cognitivo, emocional, espiritual... Y se asocia a otros problemas como distress, ansiedad, depresión o algo más complejo y elaborado como es el sufrimiento. Los autores analizan dos poblaciones de enfermos oncológicos: 251 pacientes sin dolor y 233 con dolor. Encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto a género, estadio de la enfermedad y proporción de pacientes ingresados. Los pacientes con dolor presentaban peores puntuaciones en estado general, estado de ánimo, angustia, cansancio y confusión. No se encontraron diferencias significativas en depresión, esperanza y tensión emocional. La intensidad del dolor se relacionaba con deterioro del estado general y del estado de ánimo.

### **Comentario**

En este trabajo, en contra de lo que se indica en el título, no se valora propiamente el "efecto" del dolor ya que no se valora la causalidad. Tan sólo se estima la relación (no causal) entre diferentes variables. En el análisis que valora la presencia o no de dolor se intentan controlar diversas variables (género, estadio, ingreso hospitalario). Aun así, se comparan dos poblaciones demasiado diferentes como para que las conclusiones sean realmente novedosas y relevantes. Además, las diferentes valoraciones que permite una variable "fuerte" como es el dolor (presencia,

intensidad, interferencia) hace que se multipliquen las comparaciones y que puedan aparecer con mayor probabilidad significaciones estadísticas espurias.

De manera intuitiva, es fácil prever una correlación entre todas las variables analizadas (dolor, estado general, estado de ánimo, angustia, cansancio, confusión, depresión, esperanza, tensión...) ya que todas ellas se deterioran a medida que progresa el tumor. Por este motivo puede ser más interesante destacar aquellas que aparentemente no guardan correlación, especialmente en la población más homogénea de pacientes con dolor. Este es el caso del nivel de esperanza, que parece independiente de la intensidad del dolor y que da pie a interpretaciones diversas. En conjunto, el trabajo reitera un concepto que se palpa a diario en Medicina Paliativa: los problemas del paciente, especialmente aquellos con un sustrato neuropsicológico (ansiedad, angustia, astenia, desánimo, etc.), guardan entre sí una relación tan estrecha que a veces puede ser difícil distinguir dónde termina uno y dónde empieza otro.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 24-03-2003  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Desórdenes alimenticios en los pacientes con cáncer avanzado**

*Strasser F. Eating-related disorders in patients with advanced cancer. Support Care Cancer 2003;11:11-20*

Este trabajo es el resumen de una mesa redonda titulada "comer o no comer esa es la cuestión" que se celebró en la IV reunión de Cuidados Paliativos celebrada en Lugano y San Galen, Suiza en octubre de 2000.

El artículo se hace eco de la preocupación habitual de pacientes y familias en torno a la comida, y señala como los síntomas y signos relacionados con la alimentación: anorexia, adelgazamiento, astenia, náuseas crónicas afectan gravemente la calidad de vida y tienen estrecha relación con el pronóstico de vida.

Señala también las cuestiones socioculturales relacionadas con la alimentación y la necesidad de modificar los hábitos en el caso del enfermo en situación avanzada y terminal. Se incluye una lista con nueve recomendaciones de higiene dietética entre las que destacan:

- comer cuando apetece
- aprovechar los momentos de más apetito para un mayor aporte
- cuidar la presentación y la compañía de las comidas
- comer poco y frecuentemente
- disponer de aperitivos de forma accesible: frutos secos, yoghurt y frutas, galletas y leche...
- intentar aumentar el ejercicio físico antes de las comidas
- evitar los líquidos durante las comidas y administrados

fuera de éstas  
- controlar el estreñimiento

El artículo dedica un apartado a las causas y fisiopatología mediante la cual se produce el cuadro de anorexia caquexia. En él señala la existencia de dos tipos de anorexia caquexia:

Anorexia/caquexia primaria: caracterizada por alteraciones metabólicas, neuroendocrinas y anabólicas complejas asociadas a un estado inflamatorio. Los pacientes que afectan de este cuadro sufren un catabolismo aumentado a pesar de la reducción en la ingesta. Dado el aumento de la síntesis hepática de reactantes de fase aguda, se movilizan las proteínas y lípidos periféricos. De todo ello se deriva la pérdida de iguales cantidades de grasa y masa celular especialmente músculo esquelético.

El estudio de otros fenómenos que cursan deterioro nutricional: cáncer, cardiopatías terminales, insuficiencia renal crónica, VIH, sepsis o quemados ha permitido identificar tres mecanismos comunes que expliquen la pérdida de apetito y el adelgazamiento:

- alteraciones metabólicas que origina pérdida muscular y grasa
- alteraciones neurohormonales que generan: pérdida de apetito, saciedad precoz y náuseas crónicas
- modificación de los circuitos anabólicos que condicional un descenso en la síntesis muscular y la aparición de la astenia

Probablemente, algunas alteraciones inmunológicas mediadas por citocinas inflamatorias jueguen un papel fundamental el los tres mecanismos mencionados con anterioridad. Otro factor importante lo constituyen las glicoproteínas relacionadas con la caquexia secretadas por el propio tumor, en los pacientes afectados de cancer.

Anorexia/caquexia secundaria: bajo este apartado se engloban todos los procesos mediados por causas más o menos conocidas y que pueden sobreañadirse al fenómeno de anorexia/caquexia primaria. Los Subtipos más destacados son:

- secundaria a una disminución en el aporte nutricional bien por malfuncionamiento del tracto digestivo o por la presencia de síntomas que interfiere la alimentación; bien por la pérdida de proteínas a través de los fluidos corporales.
- secundaria a un hipercatabolismo no relacionado con el cáncer: como es el caso de los estados infecciosos, la insuficiencia cardíaca congestiva etc.
- secundaria a inactividad muscular: que condiciona una pérdida muscular en ausencia de caquexia o adelgazamiento. A este fenómeno se le ha llamado "deconditioning"

Otro de los apartados hace referencia a la valoración y diagnóstico del fenómeno anorexia caquexia ya que solo desde una valoración global se podrá plantear una conducta terapéutica adecuada. Es necesario recoger en la historia clínica los datos relativos a la pérdida de peso, anorexia, náuseas crónicas, etc y cuantificarlos mediante una escala. El conocimiento de los mecanismos patogénicos implicados nos permitirá en el futuro disponer

de test diagnóstico que faciliten la identificación del tipo de síndrome y posibles opciones terapéuticas.

El tercer apartado hace referencia al manejo terapéutico. En él se propone el control de síntomas relacionados como medida imprescindible de partida así como la necesidad de respetar los principios de la biotética en la toma de decisiones. Entre las medidas terapéuticas propuestas destacan:

- tratamiento de la neoplasia de base
- tratamiento de los factores reversibles y que condicionan la aparición del cuadro de anorexia secundaria.
- tratamiento farmacológico: corticoides, progestágenos, prokinéticos y más dudosamente cannabinoides, AINES (por su efecto antiinflamatorio), Talidomida, melatonina (como moduladores centrales de la producción de citocinas), ácido graso 3eicosapentanoico (por inhibir la producción de agentes proteolíticos producidos por el tumor, reducir la inflamación y afectar la lisis muscular.); Adenosintrifosfato (por haber demostrado aumentar la fortaleza muscular); hormona del crecimiento, factor de crecimiento insulina-like, esteroides anabolizantes y esteroides androgénicos y beta2 agonistas. Todos ellos han demostrado tener efecto sobre el peso corporal pero su papel en el enfermo con cáncer parece más limitado.

- fármacos en estudio:

- citocinas anabolizantes: interleukina-15, antagonista específico del receptor cannabionide, hormona digestivo cerebral
- anticitocinas: NF-kB, factor de necrosis tumoral soluble alfa receptor, y la asociación de factor de crecimiento insulina-like IGF-1y el factor anterior unido a proteína IGFBP
- soporte nutricional: a ese respecto se señala la vía oral como la más adecuada. La nutrición enteral queda reservada a los procesos de vía oral no practicable y su uso no está exento de complicaciones. Respecto a la nutrición parenteral la decisión de su instauración debe ser siempre muy individualizada

## Comentario

Se trata de una revisión excelente sobre el problema de la anorexia caquexia con tablas y gráficos que ayudan a entender mejor este complejo fenómeno.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 15-04-2003  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

**Estimación clínica de la supervivencia y el impacto de otros parámetros pronósticos en el paciente con cáncer terminal en Oman.**

*Faris M. Clinical estimation of survival and impact of*

*other prognostic factors on terminally ill cancer patient in Oman. Support Care Cancer 2003;11:30-34*

Este trabajo recoge un estudio sobre factores pronósticos en un grupo de 162 pacientes en Oman.

Material y método:

Los criterios de inclusión fueron: mayor de 16 años, histología de neoplasia sólida, ausencia de tratamiento específico y consentimiento informado.

Las variables estudiadas fueron: supervivencia estimada, edad, sexo, neoplasia primaria, localización metastásica, ECOG, xerostomía, anorexia, edemas distales, delirium, disnea de reposo, fiebre. Se evaluó también los niveles de albúmina sérica, calcio sérico, recuento linfocitario, en la primera visita.

Análisis estadístico: análisis univariable, curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y análisis multivariable

Resultados:

162 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Su edad media fue de 50 años. Los tumores más frecuentes fueron los localizados en el tracto digestivo. La supervivencia media fue de 42 días con una mediana de 10 y un rango (0-596).

La supervivencia estimada media fue de 36 días con una mediana de 21 (0-180). Existió buena correlación entre la supervivencia real y la estimada.  $R=0.6$ . El análisis univariable selección como variables relacionadas con el pronóstico con significación estadística: linfopenia, hipoalbuminemia, ECOG, edema, xerostomía, delirium, anorexia, metástasis óseas. El análisis multivariable señala como variables significativamente relacionadas con el pronóstico: ECOG edemas distales.

Discusión:

Los autores señalan la importancia de la impresión clínica en el entorno socioreligiosos del Sultanato de Oman.

## Comentario

Se trata de un trabajo interesante aunque llaman la atención algunos aspectos metodológicos del mismo que pueden justificar que los resultados de esta serie difieran de lo publicado por otros autores. Así se estudian 20 variables en una población de 160 pacientes cuando los estadísticos recomiendan 1 variable por cada 10 sujetos estudiados. Por otro lado los parámetros analíticos analizados se extraen en la primera visita con las consiguientes posibilidades de oscilación a medida que nos aproximamos a la muerte.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 15-04-2003

Hospital Universitario Arnau de Vilanova

**Evaluación del estado nutricional y del pronóstico en cáncer avanzado: interleukina-6 (IL6), proteína-C-reactiva (PCR) y el índice pronóstico inflamatorio y nutricional (PINI)**

*Walsh D, Mahmoud F and Barna B. Assesment of nutritional status and prognosis in advanced cancer: interleukin-6, C-reactive protein, and the prognostic and inflamatory nutritional index. Support Care Cancer 2003;11:60-62*

Se trata de un estudio prospectivo piloto para evaluar el valor pronóstico del PINI. Este índice pronóstico inflamatorio y nutricional se obtiene de la siguiente operación:

$PINI = \text{Alfa-1-glicoproteína ácida} \times \text{proteína-C-reactiva}$   
 $\text{Albúmina} \times \text{prealbúmina}$

Para llevar a cabo el estudio incluyeron 50 pacientes consecutivos (28 mujeres) con una edad media de 64 años afectos de cáncer y que presentaban anorexia y adelgazamiento. En la extracción sanguínea para el cálculo del PINI se obtuvo sangre para la determinación de la interleukina-6.

Los autores señalan como resultados que en esta población todos los valores del PINI, Alfa-1-glicoproteína ácida, Proteína-C-reactiva, e Interleukina 6 fueron elevados con niveles normales de proteínas séricas. Parece existir correlación estadística entre el PINI y la IL6 así como entre PINI y PCR. En este breve artículo se reseña el carácter inespecífico de la PCR y el escaso valor pronóstico del PINI en esta serie. Como conclusión apuntan la necesidad de futuras investigaciones para conocer el significado real de estos resultados y sus implicaciones pronósticas.

## Comentario

Se trata de una nota clínica que apunta la estrecha relación entre el estado nutricional y el sistema inmune. Serán necesarias nuevas investigaciones con muestras más amplias para conocer la verdadera trascendencia de estos hallazgos.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 15-04-2003

Hospital Universitario Arnau de Vilanova

**¿Hay respaldo bibliográfico para afirmar que las Unidades de Cuidados Paliativos modifican la experiencia de la situación terminal en los pacientes y en sus cuidadores?**

*Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards AGK, Cook A, Douglas HR, Normand CE. Is there evidence that Palliative Care Teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? J Pain Symptom Manage 2003; 25: 150-168.*

Los autores realizan una revisión sistemática para intentar resolver tres preguntas principales: ¿logran sus objetivos

las Unidades de Cuidados Paliativos y, por tanto, mejoran la situación de los pacientes o de los cuidadores?, ¿consiguen reducir el gasto?, ¿cuál es el modelo la Unidad más efectiva? La metodología de trabajo es ejemplar. Y, en concreto, el párrafo en el que indican sus fuentes de información puede servir de referencia para cualquier trabajo que se proponga llevar a cabo una revisión sistemática de un problema en concreto. Se encontraron inicialmente 119 publicaciones de las que 69 (que presentan datos de sólo 44 estudios) evaluaban cuestiones sobre Cuidados Paliativos. Gran parte de los datos eran de poca o moderada calidad. La mayoría de los estudios sólo alcanzan un grado III de respaldo metodológico ("nivel de evidencia"). Se intuye cierto sesgo de publicación (en el "funnel plot" o diagrama de embudo). Aun así, en conjunto se aprecia un discreto efecto positivo en la evolución de los pacientes en relación con el dolor y otros síntomas (náuseas y vómitos, estreñimiento, disnea...). También se refiere una satisfacción mayor en los pacientes y en los cuidadores atendidos por una Unidad de Cuidados Paliativos, especialmente en el caso de las Unidades Domiciliarias. En general este beneficio es más evidente en los estudios con menor respaldo metodológico (retrospectivos, etc.) mientras que se hace más tenue en los ensayos clínicos aleatorizados. En relación con el gasto, la metodología de los estudios no permite obtener conclusiones válidas.

### Comentario

Se trata, en conjunto, de un trabajo de referencia por los objetivos, por la metodología y por los resultados. Es de reseñar que los autores se planteen cuestiones que parecen ya respondidas hace tiempo en relación con los objetivos de las Unidades de Cuidados Paliativos y su repercusión real en pacientes y cuidadores. La metodología de búsqueda bibliográfica es ejemplar y el empleo del metaanálisis y otros instrumentos más complejos como la metarregresión y la metasíntesis, muy interesante. Por último, los resultados son de los que hacen pensar: se encuentra un beneficio muy discreto, probablemente menor que el que muchos esperaríamos. Y hasta este pequeño beneficio se diluye cuando se llevan a cabo estudios con una metodología más estricta, como los ensayos clínicos aleatorizados.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 16-04-2003  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Opioides orales en el tratamiento del dolor neuropático central y periférico

*Michael C. Rowbotham, L. Twilling, Pamela S. Davies, L. Reisner, K. Taylor, D. Mohr. Oral opioid therapy for chronic peripheral and central neuropathic pain. N Engl J Med 2003;348:1223-32*

Clásicamente se ha considerado que el dolor neuropático responde de manera nula o pobre al tratamiento con fármacos opioides, existiendo pocos estudios que demuestren su utilidad. Por este motivo, el tratamiento de elección son los antidepresivos tricíclicos o los modernos anticonvulsivantes tipo gabapentina o lamotrigina.

Michael C. Rowbotham y colaboradores de la Universidad de California nos presentan este interesante estudio en el que pretenden demostrar que el uso de Levorfanol ( opioide &#956;-agonista ) en pacientes afectados de dolor neuropático resistente al tratamiento prescrito, es efectivo.

81 pacientes fueron incluidos en el estudio y se asignaron de manera aleatoria a uno de los dos tratamientos evaluados; El primero de los tratamientos consistía en cápsulas que contenían 0,15 mg de levorfanol, mientras que en el segundo contenían 0,75 mg. El estudio se desarrolló durante 8 semanas bajo condiciones de doble ciego. Durante este período se evaluaron los siguientes parámetros: Intensidad del dolor, grado de alivio de dolor, calidad de vida, parámetros de función cognitiva y psicológica, número de cápsulas/día y niveles plasmáticos de levorfanol.

Los resultados nos muestran una reducción del dolor del 36% entre el grupo que tomó las cápsulas con 0,75 mg de levorfanol, siendo la media de cápsulas/día en este grupo de 11,9. En cambio, la reducción del dolor fue del 21% en el grupo que tomaba 0,15 mg de levorfanol por cápsula, con una media de cápsulas/día de 21.

Asimismo se objetivó una mejora en el patrón de sueño, calidad de vida y estado afectivo pero sin diferencias significativas entre los dos grupos.

Los pacientes que respondieron peor fueron aquellos que presentaban dolor neuropático post-accidente cerebrovascular.

### Comentario

El problema de los estudios doble ciego con fármacos opioides estriba en el hecho que son precisamente los efectos secundarios de éstos los que desmascaran a qué grupo pertenecen cada paciente. Como alternativa al placebo se han utilizado los llamados placebos activos, que habitualmente están constituidos por benzodiacepinas con el fin de mimetizar los efectos adversos de los opioides. En este estudio se utilizó el recurso de comparar el mismo fármaco pero con dos dosificaciones distintas.

Los autores finalizan con la afirmación que la magnitud en la reducción del dolor neuropático obtenida en este estudio es similar a la obtenida en otros estudios en que se compara placebo con gabapentina y antidepresivos tricíclicos (ADT). Queda, obviamente, estructurar estudios metodológicamente correctos en los que se compare la eficacia entre el tratamiento clásico del dolor neuropático (ADT y anticonvulsivantes ) versus opioides.

Otras revistas

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 30-05-2003  
UCP Hospital jaume d'Urgell

### Situación actual y futuro del abordaje terapéutico de la ascitis maligna.

*Smith EM, Jayson GC. The Current and Future Management of Malignant Ascites. Clinical Oncology 2003, 15: 59–72.*

La ascitis maligna se asocia con diversos tumores. Es una causa frecuente de morbilidad y el tipo de problemas que supone hace que no existan hasta ahora guías claras de tratamiento. En este artículo se discuten varias modalidades de tratamiento incluyendo los diuréticos, la paracentesis, el empleo de derivaciones o shunt peritoneo-venosos y la quimioterapia intraperitoneal.

No hay ensayos randomizados de diuréticos que valoren su eficacia en la ascitis maligna. Algunos estudios fase II sugieren que son efectivos al menos en un tercio de los pacientes con ascitis, y su eficacia puede estar determinada por la concentración plasmática del cociente renina/aldosterona. Se sugiere que con frecuencia la falta de respuesta a diuréticos puede deberse al uso extendido de dosis excesivamente bajas. Con los datos limitados disponibles, los autores proponen el uso de espirolactona, comenzando con dosis de 150 mg/día, y aumentando la dosis cada pocos días (hasta 450 mg/día) para conseguir respuesta o hasta que aparezcan limitaciones clínicas o analíticas que desaconsejen nuevos aumentos. Si se presenta hiperpotasemia se podrían sustituir en el tratamiento los aumentos de espirolactona por furosemida (20-40 mg/día).

La paracentesis se indica en pacientes que presenten síntomas de presión abdominal como náuseas, vómitos, malestar o dolor abdominal, disnea u ortopnea. Proporciona alivio hasta en el 90% de los pacientes, aunque este alivio suele ser limitado en el tiempo (hasta 10 días de media); a causa de diversos casos descritos de hipovolemia, algunos sugieren que en los pacientes que presentan un grave riesgo de hipovolemia se realice al tiempo que se proporciona una infusión de líquidos intravenosa (dextrosa 5%). No hay ensayos que comparen este proceder con la infusión intravenosa de albúmina, con lo cual no sabemos si la albúmina aporta ventaja adicional. La paracentesis debería hacerse tan rápida como sea posible pues se minimiza el riesgo de hipovolemia y el de infección. Parece que se tolera bien el drenaje de hasta cuatro litros en una o dos horas.

Los drenajes percutáneos permanentes pueden prevenir la repetición de las paracentesis aunque presentan el riesgo potencial de infección. Un shunt peritoneal también previene la necesidad de repetir las paracentesis al tiempo que permite mantener normales las concentraciones de albúmina sérica. Obstrucción de la derivación ocurre en 25% de los shunts. Por este motivo el procedimiento se contraindica en los casos de ascitis hemáticas. Los datos preclínicos y la experiencia clínica con agentes anti-

angiogénicos como los inhibidores de la metaloproteinasa y otros sugieren que estos fármacos pudieran tener un papel en el tratamiento de la ascitis maligna. El octreotrido, un análogo de la somatostatina, se ha utilizado en el alivio de obstrucción maligna, diarrea incontrolada y las fístulas. Se sabe que disminuye la secreción de fluidos en la mucosa intestinal y aumenta la reabsorción de agua y electrolitos. En un estudio se administraron dosis subcutáneas entre 200 y 600 mcg/día a tres pacientes adenocarcinoma metastásico y ascitis. Se obtuvo tal reducción de la ascitis que no fue necesaria realizar ninguna nueva paracentesis.

### Comentario

Los autores, especialistas en medicina paliativa y oncología respectivamente, proporcionan una síntesis excelente del estado actual de la cuestión. Es cierto que constatan la falta de estudios controlados, como tantas veces en el control sintomático avanzado en la fase paliativa, pero no por ello nos dejan en la duda. Además de recoger la fisiopatología del cuadro y el mecanismo de acción de los diferentes tratamientos, nos ofrecen también la que en su opinión resultaría la orientación terapéutica más ventajosa, con base en los estudios que van citando. En definitiva, parece un artículo actualizado, claro y completo que puede quedar en cuidados paliativos como referencia del abordaje de la ascitis maligna.

### Otras revistas

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 15-06-2003  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.