

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



16ª Entrega. Diciembre 2003

INDICE

Articulo	Pag.
Estudio prospectivo sobre la percepción por parte de familiares y enfermeras del malestar en enfermos oncológicos terminales sin capacidad de respuesta.	1
Aplicación tópica de la miel en el tratamiento de las mucosas tras radioterapia. Un estudio preeliminar.	1
Italia reforma la normativa nacional para el tratamiento del dolor en cancer y opioides	2
Puesta en práctica de los programas de Cuidados Paliativos en Francia	2
El cuidado del paciente en clínicas multidisciplinarias de oncología: ¿Es posible predecir la satisfacción del paciente a través de la atención a sus necesidades psicosociales?	3
Estudio aleatorizado doble ciego de metadona en comparación con morfina como opioide de primera línea en el dolor oncológico.	4
Ensayo aleatorizado de paroxetina en el tratamiento del prurito severo de origen no dermatológico.	4
¿Dobutamina en pacientes con insuficiencia cardiaca terminal en un programa de cuidados paliativos?	5
Uso de Topiramato en el tratamiento del dolor neuropático	6
Metodología cualitativa en la investigación sobre el final de la vida: recomendaciones para aumentar la protección de las personas.	6
Opioides para el dolor crónico.	7
Rastreo de depresión en Atención Primaria mediante dos preguntas: estudio transversal.	7
Efecto analgésico de la acupuntura en el pabellón auricular sobre el dolor oncológico: estudio ciego aleatorizado.	7
Estertores en la agonía: estudio retrospectivo.	8
¿Qué instrumentos de detección de depresión deberíamos utilizar en cuidados paliativos?	8
Informe preliminar sobre metilfenidato controlado por el paciente como tratamiento de la astenia en enfermos con cáncer avanzado.	9
Organizando Cuidados Paliativos para las poblaciones rurales: Revisión Sistemática de la evidencia	10
Evaluación y tratamiento de los diferentes tipos de dolor oncológico neuropático.	10
Ensayo randomizado y controlado de la administración de oxígeno versus aire a pacientes con cáncer y disnea.	11
Agentes orexígenos y anabolizantes	11

Artículo	Pag.
Anemia al final de la vida: prevalencia, significado y causas en pacientes que reciben cuidados paliativos.	12

Estudio prospectivo sobre la percepción por parte de familiares y enfermeras del malestar en enfermos oncológicos terminales sin capacidad de respuesta.

Bruera E, Sweeney C, Willey J, Lynn Palmer J, Strasser F, Strauch E. Perception of discomfort by relatives and nurses in unresponsive terminally ill patients with cancer: a prospective study. J Pain Symptom Manage 2003; 26: 818-826.

La percepción del malestar en un enfermo en situación terminal aumenta la ansiedad en sus familiares. Esta percepción del malestar ajeno puede no ser igual en sus familiares y en el personal sanitario que lo atiende. Los autores analizan, en estos dos grupos, la intensidad de malestar que ellos perciben en el paciente terminal que no es capaz de comunicarse, así como la presencia de conductas que pueden hacer sospechar este malestar y su posible origen. Las conductas que pueden hacer pensar en el malestar son: gestos, gemidos, gritos, frotos en áreas del cuerpo, movimientos descoordinados y trabajo respiratorio. Las posibles causas son, entre otras: dolor, necesidad de orinar o defecar, náuseas, disnea, ansiedad, inquietud o confusión. La intensidad media de malestar percibido (EVA 0 a 10) fue similar en familiares y en enfermeras (2,0 vs. 2,2), como lo fue la proporción de pacientes en que se apreció un malestar moderado o severo (>3/10): 33% en ambos grupos. Sin embargo, la correlación de los datos de intensidad de malestar como variable continua (0 a 10) percibida en ambos grupos fue escasa ($r = 0,1$; $p = 0,4$). Al evaluar la coincidencia no debida al azar en la valoración categórica de este malestar sólo se obtuvo un valor kappa de 0,2. Los familiares detectaron también la presencia de conductas que sugerían malestar con más frecuencia y con mayor intensidad. El valor kappa, en cuanto a la presencia de cada una de las seis posibles conductas, se situó en todas ellas entre 0,1 y 0,3. Al evaluar sólo en qué casos se apreció cada una de estas conductas, de manera frecuente o continua, el valor kappa osciló entre 0,0 y 0,4. En cuanto al posible origen de estas manifestaciones de malestar, sólo hubo acuerdo entre familiares y enfermeras en el dato más obvio al asociar el trabajo respiratorio y la disnea. Los familiares interpretaron los gritos y los frotos en áreas del cuerpo como manifestación de dolor.

Comentario

En resumen, lo que llama la atención es la falta de acuerdo, en conjunto, entre los familiares y el personal sanitario al valorar el malestar del paciente terminal que no es capaz de transmitir con claridad sus síntomas y su sufrimiento. ¿Es que el personal sanitario y los cuidadores no consiguen ver "lo mismo" cuando están frente a un paciente terminal? Pues probablemente no, porque los familiares aprecian más detalles en el enfermo o les dan más valor. Y este es un dato importante a la hora de informar y de comunicarnos con los cuidadores. Si no se comprende que vemos la misma realidad... pero desde perspectivas diferentes, es muy difícil mantener una comunicación confiada, abierta y

fluida.

Pain

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 21-11-2003
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Aplicación tópica de la miel en el tratamiento de las mucosas tras radioterapia. Un estudio preliminar.

Biswal BM, Zakaria A, Ahmand NM. Topical application of honey in the management of a radiation mucositis. A preliminary study. Support Care Cancer 2003; 11:242-248

1-OBJETIVO: Evaluar el efecto de la miel natural aplicada de forma tópica en la inflamación de las mucosas post-irradiación, en el tratamiento de las neoplasias de cabeza y cuello.

2-MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron 40 pacientes subsidiarios de radioterapia en cabeza y cuello. Quedaron excluidos los pacientes que ya habían recibido radioterapia, recibían de forma simultánea quimioterapia o presentaban diseminación sistémica. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos de 20. El grupo control recibió radioterapia y el grupo estudio radioterapia con administración de miel natural de forma tópica (20 ml, 15 min antes de la radioterapia, 20 ml, 15 min después y 20 ml, 6 horas post-irradiación). Los tumores primarios fueron distribuidos en Nasofaringe (9), Laringe (7), Seno paranasal (7), tiroides (5) y otros (12). La radioterapia usada fue 6-MV acelerador lineal y dosis de 2 Gy por día, durante 5 días en una semana, hasta completar 60-70 Gy. Para el estudio del desarrollo de la alteración de la mucosa se usó el sistema de graduación de RTOG: grado 0, sin cambios; grado 1, eritema mucosa; grado 2, mucositis propiamente dicha; grado 3: mucositis confluyente; grado 4, ulceración.

3- RESULTADOS: De los 40 participantes, la distribución por sexos fue: en el grupo control, 15 varones y 5 mujeres; en el grupo estudio, 8 varones y 12 mujeres. La edad media fue de 54 años en el grupo control y de 63 años en el grupo estudio. Todos los pacientes recibieron tratamiento mediante radioterapia como se planeó en un principio. Durante el estudio, 16 pacientes mostraron alguna forma de mucositis por irradiación en el grupo estudio, comparado con 19 pacientes del grupo control. El 20% del grupo de estudio y un 75% del grupo control desarrollaron una mucositis grado 3-4 ($p = 0.00058$). El grado máximo de afectación de la mucosa se observó a las 3 semanas del inicio del tratamiento en ambos grupos. Se produjo el abandono de 4 pacientes del grupo control, frente a ninguno del grupo de estudio debido a la necesidad de tratamiento específico de la inflamación de la mucosa. También se observó un incremento del peso o no se constató pérdida de peso en el 55% de los paciente del grupo estudio frente al 25% del grupo control ($p < 0.05$).

DISCUSIÓN: Los autores señalan que la inflamación de la mucosa oral es un acontecimiento habitual tras recibir radioterapia radical en áreas de cabeza y cuello. Así mismo constatan que la miel es un producto natural, barato y de fácil manejo con factores nutrientes de los tejidos, que estimulan la reepitelización de las mucosas dañadas, actividad antibacteriana, que es indirectamente proporcional a la dilución de la misma, con un pH de 3.9, y analgésica. Los autores no han encontrado estudios similares con los que comparar sus resultados y señalan la necesidad de nuevas investigaciones. Consideran que la miel natural es útil en el tratamiento de las mucositis, incluso podría ser útil en el tratamiento de la inflamación de las mucosas inducida por quimioterapia o en pacientes trasplantados de medula ósea.

Comentario

Comentario: Se trata de un estudio realizado en Malasia que pretende demostrar, utilizando el método científico, el papel de la miel en el tratamiento de la mucositis por radioterapia. Los resultados son favorables aunque el tamaño de la muestra es pequeño y las características de los dos grupos no parecen homogéneas. Serán necesarias investigaciones más amplias antes de poder asumir estos resultados como fiables.

Sergi Duaigües, Medicina Familiar y Comunitaria, Lleida
María Nabal, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida

Supportive Care in Cancer

Revisor: Medicos residentes, 19-09-2003
Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Italia reforma la normativa nacional para el tratamiento del dolor en cancer y opioides

Blengini C, Joranson D.E., Ryan K.M. Italy reforms national policy for cancer pain relief and opioids. European Journal of Cancer Care 2003

Diversos estudios realizados en Italia han puesto de manifiesto que el tratamiento del dolor en pacientes oncológicos ha sido inadecuado durante la última década. Este mismo problema ha sido documentado por el International Narcotics Control Board (INCB), mostrando el bajo consumo de morfina en Italia durante el año 2000 (inferior al de Andorra, en mg/habitante). Para solucionar este problema, el Ministerio de Sanidad Italiano organizó un grupo de trabajo con tres objetivos principales:

1) recomendar cambios legislativos para favorecer y agilizar la prescripción de opioides mayores; 2) identificar qué fármacos opioides mayores eran necesarios y favorecer su suministro a los pacientes y 3) llevar a cabo una campaña de información para sensibilizar al público en general sobre

el impacto que el dolor tiene en los pacientes oncológicos y, al mismo tiempo, diseñar un plan de formación para los profesionales de la salud que tratan directamente con este tipo de pacientes (oncólogos, médicos paliativistas, unidades de tratamiento del dolor, médicos de atención primaria).

Las conclusiones a las que llegó este grupo de trabajo pueden resumirse en los siguientes apartados: a) reemplazar la receta de estupefacientes (que debía cumplimentarse por triplicado) por otra de formato único; b) cambiar el aspecto de la nueva receta de estupefacientes para asimilarla a las recetas habituales utilizadas en el sistema italiano de salud, con el objetivo de evitar estigmas relacionados con la prescripción y utilización de fármacos opioides mayores (opiofobia social); c) Aumentar los días permitidos para la prescripción de 8 días a un mes; d) permitir la prescripción de dos fármacos o dos dosis diferentes del mismo fármaco (previamente sólo se podía prescribir un fármaco con una única dosis en cada receta) y e) suavizar las sanciones en que se incurrieran por errores técnicos: en el caso de los médicos, las sanciones administrativas se han eliminado y, en el caso de los farmacéuticos, las sanciones han pasado de sanción penal a sanción económica.

Comentario

Las razones expuestas por el grupo de expertos italianos que explicarían las causas de la pobre utilización de morfina para el tratamiento del dolor crónico maligno pueden, perfectamente, aplicarse a otros países incluido España. La administración sanitaria debería avanzar en tres frentes distintos pero complementarios: la falta de formación por parte de los profesionales sanitarios, la opiofobia existente en la sociedad que se traduce en la estigmatización de los pacientes precisan opioides y, finalmente, los problemas burocráticos que conllevan una pesada carga administrativa para el médico prescriptor.

La puesta en marcha de los cambios sugeridos por el grupo de expertos debería traducirse en un aumento de la prescripción de morfina y otros fármacos opioides mayores, así como de una mayor sensibilización de la sociedad y de los médicos hacia el problema del dolor crónico y de su tratamiento con fármacos opioides.

Otras revistas

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 19-09-2003
UCP Hospital jaume d'Urgell

Puesta en práctica de los programas de Cuidados Paliativos en Francia

Filbet M. Putting the plans for French palliative care into action. EJPC. 2003; 10(1):24-25

La primera unidad francesa de Cuidados Paliativos se fundó en 1987 en París, posteriormente en Lyon y en St. Malo en 1998, y posteriormente, de una forma poco programada, en muchas regiones francesas. Se han ubicado en instituciones muy diversas, como hospitales locales, geriátricos, y han optado por múltiples tipos de estructura, como los equipos de soporte intra y extrahospitalarios, las unidades físicas, etc.

La sanidad francesa mantiene un sistema peculiar, en el que conviven un sistema público y otro privado, ambos financiados por la seguridad social. Por ello se han desarrollado también programas de coordinación de profesionales liberales que atienden a pacientes terminales.

La Sociedad Francesa de Cuidados Paliativos (SFAP), ha elaborado normas sobre personal, tipo de actividad, etc.

En 1998, durante el congreso nacional de CP en Lyon, 2 autoridades sanitarias se comprometieron a desarrollar un plan de desarrollo trienal y una ley sobre los cuidados paliativos: que se describen a continuación.

El plan de desarrollo trienal de los cuidados paliativos 1999-2001:

Con una financiación de 57,93 millones de euros, su finalidad ha sido el desarrollo de unidades físicas con camas y domiciliarias, disminuyendo las diferencias entre regiones y teniendo en cuenta que las necesidades estimadas eran de entre 150000 y 200000 pacientes por año.

Los resultados fueron buenos, así, desde fin de 1998 hasta el 2001, el nº de camas de cuidados paliativos ha pasado de 657 a 1040, con 70 unidades de más de 5 camas. El nº de equipos móviles de soporte también aumentó de 84 a 265. Los equipos domiciliarios aumentaron de 18 a 30.

Ley sobre cuidados paliativos (1999):

Garantiza el acceso a los CP para aquellas personas que los precisan. Inscribe los CP dentro de los esquemas regionales de organización de salud. Los centros hospitalarios universitarios deben asegurar una base docente e investigadora. Además, marca una remuneración particular para los profesionales libres. Reconoce también la función del voluntariado y permite al familiar pedir un permiso de trabajo no remunerado de 3 meses, que sus superiores no pueden rechazar.

El plan de desarrollo 2002 - 2005:

Para mantener los esfuerzos y los resultados conseguidos, se ha aprobado otro plan, con la triple finalidad de:

- Desarrollar los cuidados paliativos a domicilio, incluyendo las tarifas de los profesionales liberales implicados y el desarrollo del voluntariado a domicilio
- Perseguir el desarrollo dentro de los establecimientos sanitarios, asegurando al menos una unidad de 10 camas o más en un centro hospitalario universitario en cada región francesa, y estableciendo en ellos la triple misión asistencial, docente e investigadora.
- Sensibilizar a la población, con una campaña publicitaria y la creación de un centro de documentación nacional.

Comentario

El desarrollo de los Cuidados Paliativos en Europa sigue avanzando, y a los esfuerzos iniciales de los profesionales se van uniendo iniciativas de legislación y planes nacionales. Es importante que se divulguen los avances en cada país, para poder tomar las ideas prósperas de cada lugar, e intentar aplicarlas en los nuestros.

European Journal of Palliative Care

Revisor: Javier Rocafort Gil, 21-09-2003
Programa regional de Cuidados Paliativos. Servicio Extremeño de Salud.

El cuidado del paciente en clínicas multidisciplinares de oncología: ¿Es posible predecir la satisfacción del paciente a través de la atención a sus necesidades psicosociales?

Walker MS, Ristvedt SL, Haughey BH. Patient Care in Multidisciplinary Cancer Clinics: Does attention to psychosocial needs predict patient satisfaction? Psycho-oncology April-May 2003 Vol 12. N.3: 291-300.

La satisfacción con el tratamiento es un indicador importante del resultado médico de los pacientes con cáncer. Este estudio examinó la satisfacción con el plan de tratamiento y las consultas de seguimiento en 58 pacientes de cáncer recién diagnosticados, atendidos en una clínica multidisciplinar oncológica. Los pacientes refirieron qué especialidades médicas habían visitado, si se planeó tratamiento adyuvante y si tuvieron la oportunidad de expresar sus sentimientos sobre el diagnóstico. También puntuaron la atención ofrecida a algunos aspectos psicosociales relevantes como el modo de afrontamiento de la enfermedad, la disponibilidad de servicios de apoyo y las reacciones emocionales. El tratarse de pacientes jóvenes, de sexo femenino y una mayor atención a cómo estaban afrontando su enfermedad, así como tener una oportunidad para tratar sobre sus sentimientos ante el diagnóstico y la atención del equipo a otros aspectos psicosociales, fueron factores que predijeron la satisfacción. Los resultados sugieren que ésta se puede mejorar cuando el equipo hospitalario atiende y responde a las necesidades psicosociales generadas por el diagnóstico de cáncer.

Comentario

La satisfacción de los pacientes puede influenciar sus decisiones respecto a su tratamiento y su futuro. Se genera por la diferencia entre expectativas y percepciones y se suele considerar un concepto multidimensional que incluye aspectos como información, continuidad de cuidados, control de síntomas, disponibilidad de los profesionales y atención a los aspectos psicosociales entre otros.

Existen debilidades en los trabajos de investigación sobre

estos temas, principalmente por los instrumentos de medida utilizados.

Este estudio presenta alguna limitación metodológica, como el reducido tamaño de la muestra y un 47 % de posibles candidatos que no participaron en el mismo. Por otro lado, la asociación por medio de correlaciones entre la atención percibida a los aspectos psicosociales y la satisfacción general, no constituye una relación causal entre ambas variables.

Ofrecer un cuidado y una atención global a los pacientes puede influir en sus decisiones y en el cumplimiento terapéutico, así como en la calidad de vida y en su bienestar emocional.

Es necesario realizar más estudios en esta línea y también orientados a los cuidados paliativos donde la atención a estos aspectos cobra gran relevancia.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 23-10-2003
Clínica Universitaria de Navarra

Estudio aleatorizado doble ciego de metadona en comparación con morfina como opioide de primera línea en el dolor oncológico.

Bruera E, Palmer JL, Bosnjak S, Rico MA, Moyano J, Sweeney C, Strasser F, Willey J, Bertolino M, Mathias C, Spruyt O, Fisch MJ. Methadone versus morphine as a first-line strong opioid for cancer pain: a randomized, double-blind study. J Clin Oncol 2003; 2

La metadona es una alternativa a la morfina en el tratamiento del dolor oncológico. De ordinario se plantea como una posible opción inicial en el dolor con componente neuropático, por su acción aparente sobre receptores NMDA, o como una segunda línea dentro de la rotación de opioides. En este estudio aleatorizado doble ciego se comparan metadona y morfina como primera línea de tratamiento opioide en el dolor oncológico. La dosis propuesta de metadona fue de 7,5 mg cada 12 horas, con dosis de rescate de 5 mg hasta cada 4 horas, y la de morfina (de liberación prolongada) de 15 mg cada 12 horas, también con dosis de rescate de 5 mg hasta cada 4 horas. De 140 pacientes incluidos, sólo se consideraron elegibles 103 (74%). Y de ellos, 92 (89%) entraron en el análisis del día 8, y 66 (64%) en el análisis final del día 29. La respuesta al tratamiento (expresada como una mejoría del dolor de al menos el 20% sin un aumento relevante de los efectos secundarios) fue similar en ambos grupos, cercana al 75% de los pacientes evaluables. No se encontraron tampoco diferencias en pacientes con y sin dolor neuropático. Los efectos secundarios, el número de dosis de rescate y el aumento de dosis fueron también similares en ambos brazos de tratamiento aunque el perfil de aparición de sedación en el brazo de metadona fue algo más tardío. La única diferencia relevante se encontró en la proporción de

pacientes que salieron del estudio por toxicidad: el día 8, seis en el brazo de metadona y ninguno en el de morfina ($p = 0,01$), y el día 29, once en el de metadona y tres en el de morfina ($p = 0,02$).

Comentario

En líneas generales, este trabajo muestra que metadona y morfina tienen una eficacia similar como primera línea de tratamiento opioide en el dolor oncológico; y respalda la idea de que la morfina sigue siendo el opioide de referencia en esta primera línea. Aún así, los datos de este estudio están limitados por el propio diseño: la pauta de empleo de los fármacos se amoldó a la rigidez de un protocolo terapéutico y el seguimiento se limitó a 28 días (por lo que no es posible extrapolar los datos a un seguimiento más prolongado). Además, la pérdida de pacientes limita el poder estadístico del estudio, que sólo permite asignar significación estadística a una diferencia del 30% o mayor en las proporciones de respuesta.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 02-01-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Ensayo aleatorizado de paroxetina en el tratamiento del prurito severo de origen no dermatológico.

Zylicz Z, Krajnik M, van Sorge AA, Costantini M. Paroxetine in the treatment of severe non-dermatological pruritus: a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage 2003; 26: 1105-1112.

El prurito puede aparecer en enfermos en situación terminal como manifestación de un problema sistémico. En este estudio aleatorizado se comparan un antidepresivo como paroxetina (20 mg diarios) y placebo en el tratamiento del prurito severo ($> 5/10$ en una escala numérica) de origen no dermatológico. El diseño del estudio marca el "cruce" al otro brazo de tratamiento al cabo de una semana. Se incluyeron 26 pacientes, 21 de ellos (81%) con tumor activo. En ocho enfermos el prurito se consideró secundario a fármacos, en siete paraneoplásico y en tres debido a colestasis. Dos pacientes (8%) fueron retirados del estudio por náuseas y vómitos severos con paroxetina. En conjunto, la intensidad media del prurito fue menor con paroxetina (5,2/10) que con placebo (6,0/10). Esto se traduce en una mejoría de la intensidad del prurito del 0,8/10 y supone una mejoría relativa, con respecto al 6,0/10 del grupo con placebo, del 13%. El efecto fue más evidente tras los primeros días de tratamiento. Nueve pacientes con paroxetina (35%) alcanzaron una reducción de la intensidad inicial del prurito de al menos el 50%, en comparación con sólo uno en el grupo de placebo (4%) ($p = 0,03$). 14 pacientes (54%) prefirieron paroxetina y sólo cinco (21%) placebo ($p = 0,07$). El inicio del tratamiento con paroxetina

indujo náuseas severas en el 50% de los pacientes y también se asoció con una incidencia mayor de vómitos y de adormecimiento.

Comentario

La principal limitación del estudio es el escaso número de pacientes incluídos. En todo caso, este trabajo permite concluir que la paroxetina es eficaz en el tratamiento del prurito de origen no dermatológico. Si bien, la eficacia es discreta ya que sólo cabe esperar una reducción relevante de la intensidad del prurito en uno de cada tres pacientes tratados. Y con una incidencia de efectos secundarios, principalmente náuseas severas, superior a la esperada, aunque parece prevenirse con ondansetrón.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 03-01-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

¿Dobutamina en pacientes con insuficiencia cardiaca terminal en un programa de cuidados paliativos?

Rich Mw, Shore Bl. Dobutamine for Patients with End-Stage Failure in a Hospice Program. J Palliat Med. 2003 Feb; 6(1): 93-7

A raíz de un caso clínico, los autores plantean la inclusión de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) terminal en un programa de cuidados paliativos (CP) y la utilización de dobutamina, haciendo hincapié en las siguientes cuestiones: ¿Qué es la dobutamina y cuál es su mecanismo de acción? ¿Cuáles son sus indicaciones en cuidados paliativos? ¿Cómo se utiliza?

La proporción de pacientes con insuficiencia cardiaca clase IV de la NYHA (New York Heart Association) es baja (<10%) respecto del total, pero con una alta mortalidad (30-50% anual). Al ser la IC una patología de alta prevalencia, estos pacientes forman un grupo cuantitativamente importante. Según el estudio SUPPORT, la supervivencia a los 6 meses es de solamente un 22% y la mediana de supervivencia de 23 días. De esta manera podemos seleccionar a pacientes que van a morir en un periodo de tiempo corto. El pronóstico y no el diagnóstico es la indicación principal para el cuidado paliativo y la calidad de vida de los pacientes con IC terminal no es menos importante que la de pacientes con cáncer. De hecho, el reconocimiento de que la IC en estadio avanzado es una enfermedad terminal subsidiaria de cuidados paliativos es cada vez mayor.

Los estudios sobre dobutamina en la IC realizados hasta el presente indican que la mayoría de los pacientes obtienen una mejoría de los síntomas, pero ninguno ha demostrado un aumento de la supervivencia y algunos han mostrado un aumento de la mortalidad, probablemente por arritmias

ventriculares. Debido a esto, la indicación del uso continuado de dobutamina se limita a pacientes en espera de trasplante cardiaco u otras intervenciones quirúrgicas y el tratamiento paliativo en pacientes con insuficiencia cardiaca en estadio terminal. Durante los últimos años ha aumentado la utilización de dobutamina en esta última indicación.

La inclusión de estos pacientes en programas de CP está aumentando progresivamente, sin embargo existen 3 factores principales para el rechazo de este tipo de pacientes y la utilización de dobutamina: el enfoque del programa, el desconocimiento del manejo del fármaco y consideraciones económicas.

La dobutamina aumenta el gasto cardiaco. Está indicada para el tratamiento sintomático de la disnea y el aumento de la capacidad funcional en pacientes con IC terminal refractaria al tratamiento médico habitual a dosis máximas. Los pacientes precisan una vía central de inserción central o de inserción periférica, haber recibido previamente dobutamina en el hospital con una dosificación ajustada de forma que sea posible la administración discontinua. La dosificación adecuada para la mayoría de los pacientes es de 5-10 mcg / kg / min vía intravenosa. El inicio del efecto comienza en 2 minutos y presenta un efecto máximo en 10 minutos. La vida media plasmática es de unos 2 minutos. Los principales efectos adversos incluyen taquicardia, hipotensión (efecto vasodilatador periférico) aumento del riesgo de arritmias supraventriculares y ventriculares). La dopamina puede ser administrada en perfusión intravenosa continua o intermitente, es decir, desde algunas horas, 1 a 3 días por semana, hasta la perfusión continua 24 horas por día.

La opinión de los autores es que pacientes con insuficiencia cardiaca terminal pueden beneficiarse de un programa de cuidados paliativos y que la dobutamina es un tratamiento efectivo para el alivio sintomático y para la reducción del sufrimiento en pacientes seleccionados. Sin embargo, no existen estudios sobre control de síntomas con dobutamina en la fase terminal.

Comentario

A pesar del imparable avance de los CP en todos sus aspectos es preciso seguir insistiendo en la importancia de los mismos en las patologías no oncológicas. El propio término de patologías "no oncológicas" lleva consigo un matiz que podría calificarse de patologías "secundarias". Es innegable que los pacientes oncológicos conforman el grupo mayoritario dentro de los CP, pero cada vez será mayor el grupo de pacientes con insuficiencia de órganos, enfermedades degenerativas, pacientes geriátricos y otros que precisarán de toda la atención que los CP pueden prestar.

La idea de la utilización de dobutamina en el contexto descrito en este artículo es muy atractiva. Sin embargo, es preciso resaltar la ausencia de estudios controlados en pacientes terminales, hecho que los propios autores exponen. El procedimiento de uso no parece problemático si se realiza en un centro asistencial, pero parece más complicado a nivel domiciliario por razones logísticas.

Journal of Palliative Medicine

Revisor: José Centeno Mattern, 29-10-2003
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

Uso de Topiramato en el tratamiento del dolor neuropático

Chong MS, Libretto SE. The rationale and use of topiramate for treating neuropathic pain. Clin J Pain 2003; 19(1):59-68.

El objetivo del artículo es el de revisar los distintos mecanismos por los que Topiramato puede ser útil en el tratamiento del dolor neuropático, además de una revisión sobre otros trabajos en que Topiramato muestra su efectividad.

Según los autores, topiramato actúa a cinco niveles distintos: modulación de los canales de sodio voltaje dependientes; potenciación de la inhibición de GABA; bloqueo de la transmisión excitatoria mediada por Glutamato; modulación de los canales de calcio voltaje dependientes; inhibición de la anhidrasa carbónica.

Este estudio presentado en el Congreso de Dolor de IASP en Viena 1999, reunió 40 pacientes con dolor neuropático de larga duración y resistente a los tratamientos farmacológicos habituales. De éstos, sólo 9 pacientes finalizaron el estudio y, después de aplicados distintos tests (Patient Global Impression of Change, PGIC, y la versión reducida del McGill pain Questionnaire, SF-MPQ), el autor concluye que Topiramato resultó efectivo en el tratamiento del dolor neuropático.

Comentario

Aunque diversos estudios llegan a la conclusión que Topiramato es efectivo al reducir el dolor neuropático, se necesitan estudios comparativos con otros fármacos antiépilépticos de demostrada efectividad en éste síndrome doloroso tan complejo como es el dolor neuropático.

Un punto a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo estudios sobre el dolor neuropático estriba en que el criterio de inclusión de los pacientes en el estudio no debe ser el diagnóstico de la enfermedad si no la topología de dolor que presenta el paciente.

Es sabido que una misma entidad nosológica puede manifestar distintos tipos de dolor neuropático (hiperalgesia térmica, mecánica, punctata, alodinia, parestesia, disestesia,...) motivo por el que un mismo tratamiento puede resultar total o parcialmente ineficaz.

La efectividad de Topiramato puede radicar en su amplio espectro de modos de acción, actuando tanto sobre los canales de sodio y calcio como modulando el GABA y Glutamato.

Otras revistas

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 31-10-2003
UCP Hospital jaume d'Urgell

Metodología cualitativa en la investigación sobre el final de la vida: recomendaciones para aumentar la protección de las personas.

Koenig BA, Back AL, Crawley LM. Qualitative methods in end-of-life research: recommendations to enhance the protection of human subjects. J Pain Symptom Manage 2003; 25: S43-S52.

La metodología cualitativa es un complemento básico de la investigación cuantitativa. Se orienta a la búsqueda del "sentido", del significado, de hechos, procesos o fenómenos biopsicosociales, no a la medición de cuestiones clínicas. Cuando se dirige al paciente terminal y a su entorno, la investigación cualitativa sufre las mismas trabas (o más) que la cuantitativa. ¿Por qué? Por la necesidad de proteger a cualquier paciente, más aún al más débil y vulnerable, del posible daño que le puede acarrear el participar de manera activa en investigación clínica. Sin embargo, a la investigación cualitativa se le ha extrapolado el criterio que se aplica a la investigación cuantitativa, sin pararse a conocer sus diferencias. Y así los autores proponen una actitud ante la investigación cualitativa en el paciente terminal que pueda ayudar a superar las trabas que se han encontrado en más de un Comité Ético de Investigación Clínica. Por ejemplo, defienden que el paciente en situación terminal no siempre es especialmente vulnerable a cualquier tipo de investigación clínica, a la vez que recuerdan que los grupos de enfermos que quedan al margen de la investigación no se podrán beneficiar luego de lo que estos estudios puedan aportar. Así que antes de marcar unas pautas de actuación rígidas, haría falta un estudio preliminar centrado específicamente en los criterios de riesgo y beneficio en estos pacientes. De manera similar, tampoco parece adecuado una obligación estricta de conseguir el consentimiento informado, entre otros motivos porque, por ejemplo, no es oportuno indicarle al paciente que hemos pensado en él para participar en este estudio porque pensamos que su fallecimiento se encuentra muy cerca...

Comentario

En este trabajo se presta atención a cuestiones en que raramente nos paramos. Por una parte, las cuestiones propias de la investigación cualitativa, una metodología de estudio que, poco a poco, nos va resultando más familiar. Y, por otra, los problemas bioéticos de la investigación clínica en el paciente terminal, algo que tendremos que afrontar con más frecuencia a medida que se lleven a cabo más estudios prospectivos con estos enfermos.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 09-11-2003
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Opioides para el dolor crónico.

Ballantyne JC, Mao J. Opioid therapy for chronic pain. N Engl J Med 2003; 349: 1943-1953.

Hay pocos trabajos controlados que estudien el tratamiento crónico con opioides para el dolor, tumoral o no tumoral. Los datos publicados hacen referencia a pacientes que han mantenido el tratamiento opioide durante más de seis años, y en general muestran una buena tolerancia con pocos efectos secundarios, especialmente en los casos en que las dosis se mantienen estables. En el artículo se hace referencia a algunos problemas asociados al empleo mantenido de opioides, como la aparición de tolerancia y la hiperalgesia, en los que pueden influir los receptores NMDA, o la disminución en los niveles de hormonas esteroideas o en la presencia ocasional (generalmente subclínica) de inmunosupresión. Hay una cierta tendencia a proponer una dosis máxima de opioides para el tratamiento del dolor crónico (cerca de 200 mg diarios de morfina): no parece que los tratamientos prolongados con dosis excesivamente altas de opioides sean demasiado seguros ni demasiado eficaces. Las opciones que se proponen para optimizar la eficacia son las conocidas: cambiar el tipo de preparado o la rotación de opioides.

Comentario

La mayor parte de las ideas que transmite esta revisión son conocidas para los que tratan pacientes en situación terminal, en los que el propio pronóstico del paciente marca la duración (generalmente breve) del tratamiento opioide. Pero resulta relativamente novedoso el concepto de "dosis tope" de morfina u otros opioides en los tratamientos prolongados. Las dosis altas, cuando se mantienen a lo largo del tiempo, pueden dar problemas y ser poco eficaces, aunque esta situación puede verse también como un fenómeno de selección de enfermos: los que precisan dosis más altas son los que tienen, de por sí, menos sensibilidad al tratamiento o tienden a reaccionar de manera anómala (hiperalgesia) a este tratamiento opioide.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 13-11-2003
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Rastreo de depresión en Atención Primaria mediante dos preguntas: estudio transversal.

Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. BMJ 2003; 327: 1144-1146.

En el estudio colaboraron 476 pacientes atendidos en Atención Primaria en Nueva Zelanda (71% de los que fueron invitados a participar). Y 421 de ellos respondieron a dos preguntas sobre su estado de ánimo y su capacidad para disfrutar e ilusionarse con cosas agradables. En conjunto se encontró que las dos preguntas presentaban una sensibilidad del 97%, una especificidad del 67%, un valor predictivo positivo del 18% y un valor predictivo negativo superior al 99%. La razón de probabilidad (likelihood ratio) en caso de respuesta positiva es de 2,9 y en respuesta negativa de 0,05. En conjunto, los datos parecen adaptarse a lo que cabe esperar de un estudio de rastreo por su gran sensibilidad (capacidad de dar resultados positivos si, efectivamente, hay un problema) y su valor predictivo negativo muy alto, que hace que un resultado negativo casi descarte el diagnóstico de depresión.

Comentario

La pregunta "¿te encuentras deprimido?" ha dado resultados diversos como estudio de rastreo de depresión. Las dos cuestiones que se emplean en este trabajo van orientadas a cubrir dos de los problemas más relevantes de la depresión: desánimo y anhedonia. Los datos sugieren que se trata de un buen estudio de rastreo: alta sensibilidad para poder captar los casos (aunque la baja especificidad haga que se sospeche depresión en muchas personas aparentemente "sanas") y un valor predictivo negativo elevado, para evitar que se tomen por sanos los que efectivamente no lo están. No obstante, el valor predictivo positivo es muy bajo, lo cual significa que el hecho de que el resultado en las preguntas sea sugerente no quiere decir que el paciente cumpla criterios de depresión; al contrario, en la mayoría de aquellos en que las respuestas iniciales la hagan sospechar no se va a confirmar el diagnóstico de depresión. Por supuesto, sigue quedando la duda de hasta qué punto estos resultados se pueden extrapolar a nuestro medio y, lo que es más importante, si en los pacientes en situación terminal se debe exigir realmente algo más que el mero diagnóstico de sospecha para comenzar el tratamiento "sintomático" del síndrome reactivo-adaptativo de desánimo-depresión...

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 14-11-2003
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Efecto analgésico de la acupuntura en el pabellón auricular sobre el dolor oncológico: estudio ciego aleatorizado.

Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E, Femand-Brulé S, Dubreuil-Lemaire ML, Hill C. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. J Clin Oncol 2003; 21: 4120-4126.

Son pocos los estudios bien diseñados sobre la eficacia de la acupuntura en el control del dolor oncológico. La práctica de la acupuntura se basa en dos hipótesis: que hay localizaciones específicas en las que tratar a pacientes concretos con determinados síntomas, y que la inserción de agujas en esas localizaciones, en esos puntos, alivia los síntomas. En este estudio, realizado en un Centro Oncológico de referencia (Institut Gustave Roussy, París) se han aleatorizado pacientes oncológicos a un tratamiento con acupuntura reglado (con estudio de las zonas de punción mediante electrodos), en comparación con dos grupos placebo: uno en que las agujas se insertan en un punto no específico y otro en que ni siquiera se insertaban agujas. Se incluyeron 90 pacientes (con o sin tumor activo) con un dolor de al menos 30/100 (EVA), todos ellos con dolor neuropático. La media de intensidad del dolor a la entrada en el estudio era de 58/100. Sólo se apreció una reducción significativa de la intensidad del dolor en el grupo con acupuntura. En comparación con los otros dos grupos, la intensidad del dolor fue menor en pacientes tratados con acupuntura reglada, tanto al cabo de un mes (diferencia en la intensidad del dolor: 11/100, $p = 0,02$), como al cabo de dos meses (diferencia en la intensidad del dolor: 18/100, $p < 0,001$).

Comentario

Hay pocos datos de estudios "serios" sobre acupuntura en el dolor oncológico. Este estudio aleatorizado arrastra ciertos problemas metodológicos, como el cambio en los criterios de inclusión por el escaso reclutamiento de pacientes. En todo caso, sí que muestra un cierto beneficio de la acupuntura, que se traduce en la reducción absoluta en la EVA de dolor cercana a 18/100 (valor inicial: 58/100). Si bien este efecto sólo se puede aplicar al dolor neuropático. Parece prudente abrir esta opción de tratamiento, por lo menos, en pacientes con dolor neuropático con respuesta escasa al tratamiento estándar.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 15-11-2003
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Estertores en la agonía: estudio retrospectivo.

Kass RM, Ellershaw J. Respiratory tract secretions in the dying patient: a retrospective study. J Pain Symptom Manage 2003; 26: 897-902.

Los estertores son los sonidos, audibles a la cabecera del paciente, producidos por los movimientos de las secreciones respiratorias. Se presentan los datos retrospectivos de 202 pacientes (98% oncológicos), fallecidos a lo largo de un año en una Unidad de Cuidados Paliativos, que no recibieron tratamiento preventivo para los estertores. En sus últimos días se evaluó la presencia o no

de estertores cada cuatro horas y, cuando se detectaron, fueron tratados con una infusión subcutánea de hioscina. En 99 pacientes (49%) aparecieron estertores. Como factores de riesgo se detectaron la mayor duración de la agonía, el género varón y el diagnóstico de cáncer de pulmón. Estos dos últimos factores parecen asociados al tabaquismo y a una mayor probabilidad de patología pulmonar de base. 59 pacientes fueron evaluables para respuesta. Se encontró una mejoría en dos de cada tres (la mitad en las primeras cuatro horas de tratamiento). Incluso en los que no respondieron, se describen fases de cierta mejoría que cuadran con la propia evolución oscilante de la intensidad de los estertores.

Comentario

Los autores presentan, de manera retrospectiva, su experiencia en el control de los estertores en los últimos días de los enfermos terminales. El que se trate de un estudio retrospectivo y la falta de datos sobre respuesta en el 40% de los pacientes hace que a los datos les falte cierta fiabilidad. En todo caso, sí que son una buena orientación para conocer los factores de riesgo (duración de la agonía y, probablemente, patología pulmonar de base) y la incidencia (50%). Quizás sea demasiado optimista la probabilidad de respuesta, ya que le reducen la fiabilidad tanto la falta de datos en el 40% de los pacientes, como el que ya de por sí, se trate de un problema que puede tener espontáneamente un curso oscilante, es decir, que puede presentar "respuestas" o mejorías aparentes en su propia evolución.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 16-11-2003
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

¿Qué instrumentos de detección de depresión deberíamos utilizar en cuidados paliativos?

Lloyd-Williams M, Spiller J, Ward J. Which depression screening tools should be used in palliative care?. Palliat Med. 2003 Jan;17(1):40-3.

Mari Lloyd- Williams, de la Universidad de Liverpool, lleva años trabajando y publicando sobre la depresión en enfermos que reciben cuidados paliativos. En esta ocasión revisa puntualmente el problema del despistaje de depresión.

Comienzan su trabajo los autores recordando la elevada prevalencia de la depresión –casi 25%– de los pacientes de cuidados paliativos. Es conocido que la depresión muchas veces no es diagnosticada y, por tanto, tampoco tratada. Por ello es tan fundamental mejorar en la capacidad de detección del problema. Recuerdan que muchas de las herramientas de despistaje de depresión han sido desarrolladas para pacientes que físicamente se encuentran sanos. Muchas veces la validación de estos cuestionarios

solo se han realizado en este tipo de población. Por este motivo, el Comité Científico de la Asociación de Medicina Paliativa del Reino Unido encargó a los autores el trabajo de estudiar el grado de evidencia científica que apoya el uso de las distintas herramientas de despistaje de depresión en Cuidados Paliativos.

La búsqueda sistemática realizada encontró 534 referencias. Después de leer los resúmenes, se aceptaron para valorar 44 trabajos. Tras acceder al contenido de los trabajos muchos de ellos no se referían a la valoración de depresión en cuidados paliativos.

La pregunta única "¿Estás deprimido?" fue el instrumento con mayor sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo. En los trabajos publicados que emplean la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) o la Escala de Depresión (Postnatal) de Edimburgo (EPDS), se debe utilizar el punto de corte específicamente recomendado para cuidados paliativos (20 puntos para HADS, 13 puntos para EPDS). El uso de una escala analógica visual de depresión también se encontró útil por tener similar sensibilidad, pero muestra menor especificidad y valor predictivo que los otros métodos.

Comentario

La cuestión que interpela al enfermo directamente sobre depresión resultó ser el método más válido y más preciso para el despistaje de depresión. Sin embargo los datos de validez solo proviene de un único estudio, realizado en un único centro y no han sido comparados con otros instrumentos. Por otra parte, se trata de estudios realizados en inglés. En nuestro medio posiblemente los resultados serían diversos. La palabra "deprimido" o "depresión" tiene una carga semántica negativa y puede ser menos aceptada que sus equivalentes como "desanimado" o términos más coloquiales como "bajo de moral" o "hundido". Pero, aún así, cada uno de estos términos encierra sus matices y posiblemente significan cosas disitintas para un paciente u otro. Casi no disponemos de estudios en castellano con enfermos en fase terminal, pero qué interesante sería determinar unos términos correctos y más generalizables en nuestra cultura.

A pesar de estas matizaciones, el nuevo trabajo de la autora –hay que agradecersele- vuelve a poner de manifiesto la importancia de incorporar a nuestra rutina de entrevista con el paciente la cuestión simple sobre depresión. Es sencillo y eficaz. No tenemos excusa.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 22-11-2003
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Informe preliminar sobre metilfenidato controlado

por el paciente como tratamiento de la astenia en enfermos con cáncer avanzado.

Bruera E, Driver L, Barnes EA, Willey J, Shen L, Palmer JL, Escalante C. Patient-controlled methylphenidate for the management of fatigue in patients with advanced cancer: a preliminary report. J Clin Oncol 2003; 21: 4439-4443.

Hasta el 90% de los enfermos oncológicos con tumores avanzados padecen astenia, sin embargo hay pocos tratamientos que se hayan mostrado eficaces. Los datos preliminares con metilfenidato han sido prometedores. Por este motivo, en este trabajo se emplea metilfenidato en 31 pacientes (30 de ellos evaluables) con cáncer avanzado y con astenia moderada o severa (> 4/10; EVA). En todos ellos se descartaron causas de anemia potencialmente tratables (anemia severa o hipotiroidismo). Fueron tratados durante una semana con una pauta de metilfenidato que incluía la toma, a demanda del propio paciente, de dosis de 5 mg con un intervalo mínimo de 2 horas, con una dosis máxima diaria permitida de 20 mg (cuatro comprimidos). La evaluación se llevó a cabo con una EVA y un cuestionario (FACIT-F) dirigidos específicamente a evaluar la astenia, una escala de valoración de síntomas diversos (ESAS) y otra dirigida a evaluar posibles efectos secundarios. En 28 enfermos (93%) la dosis diaria se situó entre 15 y 20 mg. Se encontró una mejoría importante en el promedio de astenia tanto en la EVA (de 7,2 a 3,0; $p < 0,001$) como dentro del cuestionario FACIT-F (de 17,5 a 34,7; $p < 0,001$). También mejoraron otros síntomas como dolor, náusea, desánimo, mareo, disnea, apetito y bienestar, incluso de la ansiedad y el ritmo sueño-vigilia (ESAS) y el bienestar físico, emocional y funcional (FACIT-F). Los efectos secundarios fueron leves y en pocos pacientes: inquietud, hiporexia, mareos, vértigo, exantema y taquicardia. Cuando a los enfermos se les dio la opción de mantener el metilfenidato tras la semana que duraba el estudio, todos prefirieron continuar. En los 21 pacientes en que el tratamiento se mantuvo hasta el día 28º, se observó que permanecía el beneficio en cuanto a astenia, náuseas, mareo, ansiedad, ritmo sueño-vigilia y bienestar físico.

Comentario

Los datos del estudio son muy sugerentes. Es cierto que se trata de una serie de pacientes, sin grupo control (¿placebo?), y que los parámetros que se evalúan tienen un componente subjetivo importante. Y que los enfermos reciben simultáneamente otros tratamientos que pueden estar ayudando a aliviar otros síntomas. Además, una respuesta tan "espectacular" como la que se encuentra en tantos parámetros al cabo de una semana resulta, por lo menos, sorprendente... En todo caso, estos resultados abren el campo a un estudio serio aleatorizado que ayude a conocer la eficacia real del metilfenidato; un fármaco que, sin ser la panacea, sí que parece aportar un beneficio relevante en la astenia (y, tal vez, otros síntomas) en pacientes con cáncer avanzado.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 01-12-2003
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Organizando Cuidados Paliativos para las poblaciones rurales: Revisión Sistemática de la evidencia

Evans R, Stone D, Elwyn G. Organizing palliative care for rural populations: a systematic review of the evidence. Fam Pract 2003; 20: 304-310.

El autor inicia su trabajo recordando que los servicios de medicina paliativa han sido desarrollados en su mayoría en zonas urbanas, mientras que las áreas rurales se han caracterizado típicamente por la carencia de unidades específicas para atender los cuidados paliativos. El objetivo de este estudio fue revisar la literatura sobre la organización de los cuidados paliativos en las zonas rurales. Se identificaron 26 estudios que respondían a los términos "palliative", or "terminal", or "end of life care", and "rural", durante el período comprendido entre 1991 y el 2001. En su mayoría los artículos eran cuestionarios de supervivencia descriptivos y sólo 3 estudios eran sobre calidad. No se encontraron estudios de cohortes, estudios randomizados, ni tampoco metaanálisis. Llama la atención que la mayor parte de los estudios eran de origen australiano. Los estudios estaban realizados por enfermeras y cuidadores, siendo una minoría los realizados por médicos de familia. Se describen los problemas que tienen los médicos de la medicina rural en el acceso a la medicina especializada, así como a la formación continuada.

Comentario

Se trata de un análisis que pone de manifiesto la necesidad de un mayor planteamiento organizativo y esquemas de trabajo para implementar la medicina paliativa rural, sugiriendo el uso de la telemedicina como una de las posibles soluciones para mejorar algunos de esos déficits.

J. Soler-González
ABS Balafia-Secà-Pardinyes. Lleida

Otras revistas

Revisor: María Nabal Vicuña, 31-12-2003
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Evaluación y tratamiento de los diferentes tipos de dolor oncológico neuropático.

Stute P, Soukup J, Menzel M, Sabatowski R, Grond

S. Analysis and treatment of different types of neuropathic cancer pain. J Pain Symptom Manage 2003; 26: 1123-1131.

Se considera dolor neuropático el que aparece una zona sin daño tisular aparente y se debe a un daño neurológico, el que se presenta como sensación disestésica (quemazón...) o como ataques paroxísticos (descargas eléctricas...) y el que se asocia a alteraciones sensoriales, motoras o vegetativas. Se analizaron las características y el origen del dolor en los 213 pacientes que presentaban dolor neuropático (36%) entre los 593 enfermos oncológicos (en situación terminal o no) atendidos por una Unidad de Dolor a lo largo de un año. Se estudiaron tres tipos de dolor neuropático: dolor por compresión nerviosa (datos clínicos o radiológicos de daño nervioso y una localización anatómica compatible); dolor debido a daño de fibra nerviosa (datos clínicos compatibles, dolor referido como disestesia mantenida, alodinia o paroxismos dolorosos y pérdida de aferencias sensoriales en el área dolorosa); y dolor por estimulación simpática mantenida (quemazón, hiperalgesia o alodinia en la cara o en la parte distal de una extremidad junto con disfunción vegetativa: sudación, vasodilatación, etc.). El 79% de los pacientes presentaba sólo dolor por compresión nerviosa, el 16% dolor por daño de fibra nerviosa (con o sin componente compresivo), y el 5% dolor por estimulación simpática mantenida. En total, 181 (85%) referían también dolor nociceptivo y 41 (19%) dolor neuropático de más de un tipo o en más de una localización. El dolor por compresión o por daño de fibra se asociaba con más frecuencia al crecimiento del tumor, y el dolor por estimulación simpática mantenida al tratamiento del cáncer. Cerca de dos tercios de los enfermos fueron tratados con opioides fuertes (3º escalón de la escala analgésica de la OMS) y en más de la mitad de los pacientes se emplearon fármacos coadyuvantes, principalmente antidepresivos, anticomiciales y corticoides. La respuesta analgésica fue similar en los tres tipos de dolor neuropático, y se consideró buena o aceptable en más del 80% de los pacientes.

Comentario

Este trabajo descriptivo ayuda a conocer la incidencia y las características clínicas del dolor neuropático en pacientes oncológicos. Y es un punto de referencia para comparar los datos propios. Aunque se trata de un grupo de enfermos seleccionado (por ser vistos en una Unidad de Dolor), el porcentaje de dolor neuropático que se describe (36%) es similar al que aparece en otras series; y casi siempre va asociado a dolor de tipo nociceptivo. La gran mayoría se debe a compresión nerviosa producida por el propio tumor. El tratamiento incluye en la mayoría de los casos fármacos opioides. Llama la atención, finalmente, que incluso cuando el dolor oncológico es de tipo neuropático se puede obtener un control aceptable en cerca del 80% de los casos.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 03-01-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Ensayo randomizado y controlado de la administración de oxígeno versus aire a pacientes con cáncer y disnea.

Bruera E, Sweeney, Willey J, Palmer L, Strasser F, Morice RC, Pisters K. A randomized controlled trial of supplemental oxygen versus air in cancer patients with dyspnea. Palliative Medicine 2003; 17: 659-663

Diversos trabajos han probado que el oxígeno alivia la disnea en pacientes con hipoxemia y disnea de reposo. Se piensa que el mecanismo de acción es que una mayor presión parcial de oxígeno disminuye las aferencias que llegan a los quimiorreceptores endocarotídeos. Sin embargo, los beneficios sintomáticos del oxígeno en pacientes con cáncer y disnea sin hipoxemia no están bien demostrados. Se había sugerido que el mecanismo por el que podría actuar el oxígeno en estos casos aliviando la disnea podría ser una reducción de la glicolisis anaerobia producida durante el ejercicio.

Este trabajo tuvo por objetivo determinar si el oxígeno es más eficaz que el aire para aliviar la disnea y el cansancio y para aumentar la distancia caminada en un test de 6 minutos. Se escogieron pacientes con cáncer avanzado sin hipoxemia severa en reposo (índice de saturación de oxígeno superior al 90%) y con una intensidad de disnea superior a 3 en una escala de 0 a 10 (0 = sin dificultad respiratoria, 10 la máxima dificultad respiratoria que se pueda imaginar). Los pacientes se reclutaron en la consulta externa de cirugía torácica del M.D. Anderson Cancer Center, en Houston, USA. El estudio se realizó como ensayo clínico doble ciego, randomizado y cruzado, administrando oxígeno o aire a través de gafas nasales (5 l/min) durante el test de caminar 6 minutos. Las medidas registradas fueron disnea a los 3 y 6 minutos, cansancio a los seis minutos y distancia recorrida. También se midieron los niveles de saturación de oxígeno basales y al final del test.

Se evaluaron 33 enfermos (31 con cáncer de pulmón) sin encontrar diferencias significativas en alivio de la disnea, cansancio o distancia caminada, entre los dos grupos de pacientes. En conclusión no se ve justificada la costumbre de suministrar oxígeno a pacientes que refieren disnea con el ejercicio pero que no tienen hipoxemia en reposo.

Comentario

El trabajo responde a una cuestión que se plantea en la clínica diaria. A veces encontramos que administrar oxígeno, con independencia de si hay o no hipoxemia resulta en un beneficio sintomático. Con este trabajo sabemos que científicamente no ha podido probarse que la disnea mejore en algunos pacientes que tienen saturaciones normales. Quizá la mayor limitación de este estudio es no contar con un brazo en el que a ese tercer grupo de pacientes no se le administre ni oxígeno ni aire y se le realizara el mismo test de caminar seis minutos.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 08-01-2004
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra.

Agentes orexígenos y anabolizantes

Orexigenic and anabolic agents. Morley J E. Clin geriatr Med 18 (2002) 853-866

La anorexia es un síndrome complejo y plurietiológico, cuya fisiopatología no es bien entendida todavía debido a su complejidad. Asimismo, podemos encontrar que distintas patologías sin ningún nexo aparente entre sí, pueden manifestar como síntoma acompañante la anorexia. Para su tratamiento se han utilizado diferentes grupos farmacológicos:

1. Agentes orexígenos. Distintos estudios han demostrado que el uso de acetato de megestrol como agente orexígeno, a dosis que varían entre 80 y 800 mg al día, pueden dar como resultado un aumento en el apetito y en el peso del paciente. Westman, Bergman y Albertson concluyen en su estudio que el uso de acetato de megestrol en pacientes terminales no consigue mejorar su calidad de vida. Sus efectos secundarios pueden considerarse como menores - retención de fluidos, disfunción eréctil, sangrado vaginal -, pero en otros casos son más graves - trombosis venosa profunda -. Dado que su uso en hombres puede producir una reducción en el metabolismo de testosterona, se aconseja administrar suplementos de testosterona a pacientes masculinos que reciben tratamiento con acetato de megestrol.

Dronabinol presenta un excelente perfil como agente orexígeno dado que mejora el sentido del gusto, aumenta el apetito, reduce el dolor y la náusea y modula de manera positiva el estado anímico del paciente. Este perfil lo hace idóneo, también, para pacientes en fase terminal.

2. Agentes anabolizantes. Distintos estudios demuestran que el uso de testosterona en pacientes varones mejora distintos parámetros dietéticos, tales como aumento de masa muscular, mejora de la resistencia al esfuerzo, disminución del tejido adiposo, entre otros. Algunos anabolizantes esteroides como oxandrolona y anandrol han sido utilizados con efectos asimismo positivos sobre parámetros nutricionales, sobre todo en pacientes con SIDA y ancianos. Los glucocorticoides, especialmente dexametasona y prednisolona, han sido ampliamente utilizados en unidades de cuidados paliativos con efectos positivos sobre el estado anímico y el apetito pero con escasa repercusión en el aumento de peso.

3. Tratamientos experimentales. Diversos estudios avalan la eficacia de fármacos tales como talidomida, ácido eicosapentaico, antagonistas de CCK, anticuerpos específicos del TNF α .

4. Fármacos antidepressivos. La depresión es la causa más frecuentemente tratable de anorexia y pérdida de peso en personas ancianas. De entre todos los ISSR, mirtazapina parece poseer el mejor balance antidepressivo/orexígeno.

Comentario

Distintas patologías comparten como síntoma común la anorexia (demencias, neoplasias, ICC, EPOC, etc.), siendo en todas ellas quizás, la principal causa de mortalidad y morbilidad. En pacientes con unos niveles aumentados de citoquinas se aconseja usar acetato de megestrol a dosis de 800 mg/día por un período de tiempo no superior a los 3 meses. En caso de encamamiento habrá que vigilar la aparición de trombosis venosa. Si tratamos varones, se aconseja añadir suplementos de testosterona. Dronabinol puede administrarse inicialmente a dosis de 2,5 mg/día (dosis nocturna), pudiendo aumentarse la dosis si el efecto orexígeno no aparece en un tiempo prudente (2-4 semanas). Si el paciente presenta una depresión acompañante, mirtazapina parece ser el antidepresivo con mejor perfil.

Otras revistas

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 04-01-2004
UCP Hospital jaume d'Urgell

Anemia al final de la vida: prevalencia, significado y causas en pacientes que reciben cuidados paliativos.

Dunn A, Carter J, Carter H. Anemia at the end of life: prevalence, significance, and causes in patients receiving palliative care. J Pain Symptom Manage 2003; 26: 1132-1139.

La anemia es una de las causas de astenia del enfermo terminal. En este trabajo se realizaron análisis de sangre con niveles de, hierro, vitamina B12, ácido fólico, creatinina y albúmina en pacientes terminales a su ingreso en un Hospice. Se excluyeron los niños de menos de 16 años, los que fueron transfundidos coincidiendo con el ingreso o en las horas previas, los que recibieron quimioterapia en el último mes y aquellos en que por su estado no fuese aconsejable llevar a cabo un análisis de sangre. De 136 pacientes registrados se excluyeron 31: dos niños, cuatro (3%) que fueron transfundidos y 25 (18%) "demasiado enfermos" (que fallecieron en los cuatro primeros días de ingreso). De los 105 enfermos analizados, el 58% eran varones y la mediana de edad era de 74 años. 95 (90%) de los pacientes eran oncológicos; 76 (72%) con tumores metastásicos. De acuerdo con los criterios de la OMS, se diagnosticó anemia en el 77% de los varones (<13 g/dl) y en el 68% de las mujeres (<12 g/dl). Se encontró relación entre los niveles de hemoglobina y los de hierro y albúmina. También se apreció una incidencia mayor de anemia en enfermos con cáncer de próstata, si bien la proporción de metástasis óseas en estos pacientes también es más elevada. En 23 mujeres (77%) y 22 varones (47%) los datos fueron compatibles con anemia por trastornos crónicos. Los niveles de ácido fólico se encontraban por debajo de la normalidad en el 22% los pacientes y los de vitamina B12,

en el 7%. El 10% de los pacientes presentaban macrocitosis y el 29% hipersegmentación de neutrófilos, sin relación con un posible déficit de folato. El diagnóstico de anemia no se asoció a la presencia de síntomas como cansancio, debilidad o disnea al ingreso.

Comentario

Los datos de este estudio se encuentran discretamente sesgado ya que se excluyen inicialmente dos grupos de pacientes en los que es más probable el diagnóstico de anemia: los que han precisado transfusión y los que están más deteriorados debido a la progresión de la enfermedad. Esto hace pensar que en enfermos terminales (en el último mes de vida) la prevalencia de anemia pueda ser superior al 80% e incluso al 90%. En este estudio se encuentra un déficit de ácido fólico o vitamina B12 en uno de cada cuatro o cinco pacientes. Sin embargo, esto no quiere decir necesariamente que un mayor aporte de estos principios se traduzca en un aumento de la hemoglobina y, menos aún, en un claro alivio sintomático. De hecho, llama la atención que el diagnóstico de anemia según criterios de la OMS no se asocia en el enfermo terminal a una mayor incidencia de síntomas como astenia o disnea, probablemente porque estos criterios no tengan el mismo valor en este tipo de pacientes.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 11-01-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid