

## **BIBLIOTECA TELEMÁTICA**

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



**17ª Entrega. Marzo 2004**

# INDICE

Articulo	Pag.
Efectos diferentes de la paroxetina sobre la astenia y la depresión. Estudio aleatorizado doble ciego del University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program.	1
Contenido y cantidad de la información que dan los oncólogos médicos al referir a los pacientes con cáncer avanzado, sobre cuáles son sus opciones de tratamiento: quimioterapia paliativa y tratamiento meramente sintomático.	1
Estudio multicéntrico de la ablación de metástasis óseas dolorosas mediante radiofrecuencia percutánea guiada por imagen.	2
Tendencias en la agresividad de los cuidados al acercarse el final de la vida.	2
Morfina de liberación inmediata o retardada para el ajuste de dosis al inicio tratamiento con morfina en pacientes con cáncer: un estudio randomizado, doble-ciego.	3
Sufrimiento emocional de los familiares por la pérdida de apetito y las secreciones bronquiales en la etapa terminal	4
Creencias de la familia sobre el cuidado nutricional de un pariente en estado terminal: un estudio cualitativo	4
Efectividad de un Programa Domiciliario de Cuidados Paliativos para Terminales	5
Barreras para limitar la utilización de gastrostomía endoscópica percutánea en demencia avanzada	6
Actitud de pacientes y familiares sobre descubrir el diagnóstico de situación terminal	6
Continuidad asistencial en atención primaria y lugar del fallecimiento en pacientes con cáncer	7
Delirium agitado terminal y su asociación con la sustitución parcial de opioide e hidratación	8
Tioridazina en pacientes en Cuidados Paliativos con sudoración severa.	8
Carga sintomática en la última semana de vida.	9
Metadona: ¿un fármaco huérfano?	9
Mayor financiación para los servicios de cuidados paliativos en el domicilio si estos optimizan costes.	10
Mayor prioridad para la atención a los enfermos paliativos.	10
Gabapentina en el tratamiento del dolor neuropático	11
Recuperación exitosa con vertebroplastia percutánea en pacientes con cáncer con aplastamientos vertebrales dolorosos por metástasis u osteoporosis.	11

### Efectos diferentes de la paroxetina sobre la astenia y la depresión. Estudio aleatorizado doble ciego del University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program.

Morrow GR, Hickok JT, Roscoe JA, Raubertas RF, Andrews PLR, Flynn PJ, Hynes HE, Banerjee TK, Kirshner JJ, King DK. *Differential effects of paroxetine on fatigue and depression: a randomized, double-blind trial from the University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program. J Clin Oncol. 2003 Dec 15;21(24):4635-41.*

Existe una correlación entre astenia y otros síntomas de depresión en enfermos oncológicos. Hasta el punto de que se ha propuesto que la astenia y la depresión pudieran tener un origen común. Por ese motivo en este estudio se valora el efecto de un antidepresivo como la paroxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, sobre la astenia. Se incluyen enfermos oncológicos (en situación no terminal) con astenia leve (>1 en la escala MAF; EVA 1-10) tras recibir dos ciclos de quimioterapia, que se aleatorizaron (doble ciego) a recibir, durante dos meses, paroxetina (20 mg/día) o placebo. La astenia se valoró mediante tres escalas (FSCL, MAF y POMS). La depresión se evaluó con el CES-D y el DD (una subescala del POMS). Se incluyeron 549 pacientes, de los que 479 (87%) fueron evaluables. Más del 75% eran mujeres (la gran mayoría diagnosticadas de cáncer de mama); sólo el 29% recibía quimioterapia con intención paliativa. Al inicio, los valores medios de astenia (MAF) fueron 5,6 (paroxetina) y 5,7 (placebo),  $p = 0,31$ ; y los de depresión (CES-D), 14,8 (paroxetina) y 15,8 (placebo),  $p = 0,77$ ; en ambos grupos el 32% de los pacientes superaba el nivel de corte para sospechar depresión (19 puntos, CES-D). Tras el tratamiento no se encontraron diferencias en el valor medio de astenia: 5,5 (paroxetina) vs. 5,4 (placebo),  $p = 0,76$ , tampoco en aquellos con sospecha de depresión (CES-D al inicio > 19). Sin embargo, el valor medio en escala CES-D sí se redujo en el grupo con paroxetina (12,0 vs. 14,8;  $p = 0,003$ ).

### Comentario

La gran mayoría de los enfermos oncológicos padecen astenia (cansancio, debilidad) en algún momento de su enfermedad. En las etapas más iniciales se incluyen causas como los tratamientos oncológicos (quimio y radioterapia). En fases más avanzadas y en la etapa terminal, la primera causa de astenia es la propia progresión de la enfermedad. Es lógico suponer que en ambas fases, la causa y el origen fisiopatológico de la astenia pueden ser diferentes. Sin embargo, ante un problema tan prevalente y con tan poca respuesta a los tratamientos, parece prudente recoger la experiencia en otros ámbitos de la Oncología para adaptarla al tratamiento sintomático de los pacientes en situación terminal. En este caso, la conclusión es sencilla: la paroxetina no parece eficaz para aliviar la astenia (favorecida por quimioterapia) en el paciente oncológico pero sí tiene cierto efecto en el alivio de otras manifestaciones de depresión.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 13-01-2004  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Contenido y cantidad de la información que dan los oncólogos médicos al referir a los pacientes con cáncer avanzado, sobre cuáles son sus opciones de tratamiento: quimioterapia paliativa y tratamiento meramente sintomático.

Koedoot CG, Oort FJ, de Haan RJ, Bakker PJ, de Graeff A, de Haes JC. *The content and amount of information given by medical oncologists when telling patients with advanced cancer what their treatment options are: palliative chemotherapy and watchful-waiting. Eur J Cancer. 2004 Jan;40(2):225-35.*

En el enfermo con cáncer avanzado, sin posibilidades de curación, la alternativa se encuentra entre la quimioterapia paliativa y el tratamiento meramente sintomático (cuidados paliativos). Este estudio se centra en analizar la información que reciben estos pacientes. Antes de acudir por primera vez a la Consulta de Oncología Médica, se les solicitó su consentimiento para poder grabar el contenido de esta Consulta. Y después un equipo de médicos, psicólogos y enfermeras analizó el contenido de la conversación. De 207 pacientes a los que se les solicitó su colaboración, aceptaron 140 (68%), si bien, sólo se hizo una recogida de datos adecuada que permitiera su análisis en 95 (68%). De los enfermos, El 64% eran varones, la mayoría tenía más de 50 años y cerca de la mitad padecía un tumor gastrointestinal. De promedio, tanto el estado general (índice de Karnofsky) como la calidad de vida (Rotterdam) eran elevados, y los niveles de ansiedad y depresión (HADS), reducidos. El 84% conocía o sospechaba que se le iba a plantear la opción de quimioterapia paliativa, si bien sólo uno de cada cinco pensaba antes de la Consulta que lo mejor en su caso sería este tipo de tratamiento. En conjunto, la duración de la Consulta fue de poco más de media hora. Tras ella, el 80% de los pacientes optó por recibir quimioterapia paliativa. En uno de cada dos pacientes se dio información sobre la evolución de la enfermedad y, si bien en el 85% se transmitía la idea de incurabilidad, sólo en uno de cada tres se informó del pronóstico concreto. Se mencionó cierta idea del efecto de la quimioterapia (respuesta, retraso de la progresión, alivio de síntomas) a dos de cada tres enfermos, y a uno de cada dos, el posible beneficio en la supervivencia. El concepto y los efectos secundarios de la quimioterapia se explicaron a la gran mayoría de los pacientes, si bien las complicaciones psicosociales (problemas sexuales, de relación, trabajo...) sólo se mencionaron en menos del 5% de los casos. El tratamiento meramente sintomático se explicó a uno de cada dos pacientes (en la mitad de los casos, de manera detallada). El análisis de los resultados sugiere que los que recibieron más información fueron los varones de más edad, casados, con hijos y atendidos en un Hospital

Universitario y en los que la duración de la Consulta fue más prolongada.

### Comentario

Este estudio da una primera impresión de una cuestión realmente importante: ¿qué explicamos en la Consulta? En teoría, se debería informar de la enfermedad, del pronóstico y de las opciones terapéuticas. Pero incluso los datos de este estudio pueden ser demasiado optimistas para nuestro medio. Primero, porque se llevó a cabo en Holanda, con sus características sociales y culturales propias. Segundo, porque se analiza un grupo de enfermos predispuesto que acepta incluso que se grabe la Consulta con el médico. Y, por último, unos médicos que se sienten "grabados" pueden intentar comportarse de manera más "ortodoxa" y ceñirse mejor a lo que debería ser la información "ideal".

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 14-01-2004  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Estudio multicéntrico de la ablación de metástasis óseas dolorosas mediante radiofrecuencia percutánea guiada por imagen.

*Goetz MP, Callstrom MR, Charboneau JW, Farrell MA, Maus TP, et al. Percutaneous image-guided radiofrequency ablation of painful metastases involving bone: a multicenter study. J Clin Oncol. 2004 Jan 15; 22(2): 300-6*

En uno de cada cuatro pacientes el dolor por metástasis óseas no mejora con radioterapia. La radiofrecuencia es una técnica que se ha empleado en tumores hepáticos (primarios y metastáticos). En ella se induce calor local y, con ello, necrosis en el tejido circundante mediante un electrodo. De esta manera puede lograr un efecto paliativo en metástasis óseas. Empleando como guía TAC, ecografía o fluoroscopia y con el paciente bajo sedación o anestesia general, se trataron con radiofrecuencia 43 pacientes con un dolor máximo de, al menos, 4/10 (EVA 0-10) por metástasis lítica, sin riesgo de fractura y separada al menos 1 cm de las zonas de riesgo (médula espinal, cerebro, cava, intestino...). Sólo las lesiones de menos de 3 cm fueron tratadas con sólo una ablación. Se hizo un seguimiento durante los dos primeros meses a todos los pacientes y, en los que se observó respuesta, se completaron seis meses. De los tumores, los más frecuentes fueron el colorrectal (10) y el renal (9), y de las localizaciones, la de pelvis-sacro (24). 32 pacientes (74%) habían recibido previamente radioterapia sobre la zona afectada. La mediana de ablaciones por lesión fue de 3 (límites: 1-14), con una duración media de cada ablación de 12 minutos. En 41 pacientes (95%) se encontró una reducción del dolor > 2 puntos (EVA 0-10). El promedio de dolor se redujo de manera progresiva y de un nivel inicial de 5,8 fue bajando a 3,9 (1 semana), 2,8

(4 semanas), 2,4 (8 semanas), 1,9 (3 meses) y 1,2 (6 meses)... si bien 20 pacientes (47%) no completaron los seis meses de seguimiento, 11 de ellos (26%) por fallecimiento. La mejoría se encontró tanto en el dolor promedio como en el peor dolor y en la interferencia del dolor en la actividad. Tres enfermos padecieron efectos secundarios reseñables: quemadura de piel de segundo grado, incontinencia transitoria (tras tratar una metástasis en sacro) y fractura acetabular en la zona tratada. En dos pacientes en que el dolor reapareció tras la mejoría inicial, se repitió el tratamiento con radiofrecuencia obteniendo de nuevo alivio sintomático.

### Comentario

En el tratamiento (paliativo) de las metástasis óseas han aparecido nuevas técnicas de tratamiento local que permiten también "rescatar" algunos pacientes en que la radioterapia no es eficaz. La radiofrecuencia se ha empleado en el tratamiento local de ciertos tumores hepáticos de no gran tamaño. Este estudio muestra que también es factible emplearla para el alivio sintomático de las metástasis óseas, en las que muestra una actividad importante y duradera con pocos efectos secundarios. Si bien para su uso hacen falta unos medios relativamente avanzados (y cierta experiencia). Hay otras posibilidades novedosas, como la de inyectar cemento en la zona ósea dañada. Aparte de fortalecer la estructura del hueso, el calor que se induce contribuye al control local de la enfermedad y al alivio del dolor. Aunque estas dos técnicas están todavía en fase experimental, los datos de que se dispone son muy esperanzadores, especialmente en relación con la radiofrecuencia.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 14-01-2004  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Tendencias en la agresividad de los cuidados al acercarse el final de la vida.

*Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. J Clin Oncol 2004; 22: 315-321.*

En los últimos años han aumentado las opciones terapéuticas del cáncer, y a la vez se ha tomado más conciencia de la importancia de intentar proporcionar una atención de calidad a los enfermos terminales. Los autores evalúan unos indicadores de la agresividad de la atención en la etapa final de la vida para ver en qué medida se han ido modificando en los Estados Unidos. Los datos se obtuvieron del Medicare y del SEER, que abarca el 14% de la población norteamericana y registra el 97% de los casos aparecidos en este ámbito. El estudio se ciñó a pacientes de 65 años o más que fallecieron por cáncer de pulmón,

mama o gastrointestinal (que supone cerca del 60% de las muertes por cáncer) de 1993 a 1996. Se incluyeron 28777 pacientes. En conjunto, la proporción de enfermos que la reciben quimioterapia tiende a aumentar (de 27,9% a 29,5%). A la vez, el promedio de tiempo entre la última dosis de quimioterapia y el fallecimiento se reduce de 71 a 65 días, mientras que el porcentaje de enfermos que reciben quimioterapia en sus dos últimas semanas de vida aumenta de 13,8% a 18,5%. La proporción de pacientes que comienza una nueva línea de quimioterapia en su último mes de vida se mantiene estable (en torno al 5%). El porcentaje de enfermos que acuden a Urgencias más de una vez en su último mes de vida aumenta del 7,2% al 9,2%, lo mismo que los que tienen varios ingresos hospitalarios (de 7,8% a 9,1%) o ingresan en la UVI en ese tiempo (de 9,9% a 11,7%). Sin embargo tienden a ser menos los pacientes que fallecen en Hospitales de agudos (de 33% a 29%) y más los que lo hacen en Hospice (de 28% a 39%). También aumenta el porcentaje de pacientes que comienzan a recibir cuidados paliativos sólo al entrar en agonía (de 14% a 17%). Los enfermos que reciben quimioterapia son los que más acuden a Urgencias y los que más ingresan (también en la UVI). La probabilidad de recibir cuidados más agresivos era mayor en varones jóvenes, con otras patologías simultáneas y que eran atendidos en un Hospital Universitario. Sin embargo, el desarrollo local de los Cuidados Paliativos reduce el riesgo de recibir cuidados agresivos al final de la vida.

### Comentario

El valor epidemiológico descriptivo de estos datos y de las tendencias es importante. Ayudan a conocer dónde estamos o, al menos, dónde se mueve una parte del mundo occidental, Norteamérica, que puede valer como estimador de cómo es la realidad en nuestro medio. A pesar del aumento de la atención de tipo Hospice ("cuidados paliativos"), casi uno de cada cinco pacientes recibe quimioterapia durante lo que pudiera ser su último ingreso. ¡Y uno de cada diez ingresa en Cuidados Intensivos en su último mes de vida! (¿Cómo consecuencia de alguna intervención quirúrgica, de complicaciones de los tratamientos o de la propia progresión de la enfermedad?). De alguna manera lo que se describe es una tendencia doble, opuesta pero compatible: más Cuidados Paliativos en... los que no reciben o abandonan los tratamientos activos pero, a la vez, mayor tendencia a mantener y apurar estos tratamientos, lo cual se traduce en más quimioterapia y más ingresos hospitalarios.

### Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 14-01-2004  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Morfina de liberación inmediata o retardada para el ajuste de dosis al inicio tratamiento con morfina en pacientes con cáncer: un estudio

### randomizado, doble-ciego.

*Immediate or sustained-release morphine for dose finding during start of morphine to cancer patients: a randomized, double-blind trial. Klepstad P, Kaasa S, Jystad A, Hval B, Borchgrevink PC. Pain 2003;101:193-198.*

No es posible predecir las dosis de morfina que resultarán adecuadas para controlar el dolor en cada paciente al principio del tratamiento. Por esta razón la morfina debe ser ajustada en cada enfermo hasta alcanzar la dosis que asegure la correcta analgesia sin aumentar los efectos secundarios. Las guías de la EAPC (European Association for Palliative Care) y la US Agency for Health Care Policy and Research Guidelines for Management of Cancer Pain recomiendan el ajuste de dosis con morfina de acción rápida cada 4 horas para empezar el tratamiento con morfina oral para el dolor por cáncer. Después, la dosis se va aumentando cada día hasta obtener un balance óptimo entre analgesia y efectos secundarios, pasando, posteriormente, a morfina de larga duración como tratamiento de mantenimiento. La ausencia de estudios randomizados hace que esta suposición se base solamente en la opinión de los expertos.

Comenzar directamente con morfina de larga duración puede simplificar el tratamiento y disminuir el riesgo de baja cumplimentación, mejorando así la eficacia. Con este fin, este estudio compara dos tipos de morfina usando placebo para enmascarar el número de tomas en cada grupo (Grupo 1: morfina de acción rápida cada 4 horas y placebo cada 24 horas, y Grupo 2: morfina de larga duración cada 24 horas y placebo cada 4 horas). Las características de ambos grupos eran similares. Iniciaron el estudio 40 pacientes con cáncer hospitalizados y lo completaron 34. Se trataba de enfermos en tratamiento con analgésicos del 2º escalón de la OMS (codeína n=35 y dextropropoxifeno n=5); en ambos grupos se comenzó con una dosis de 60 mg/día que se fue aumentando cada día según una pauta (60-90-120-180-270-360 mg/día) hasta alcanzar un aceptable control del dolor, valorado mediante la Escala de Valoración Verbal (VRS=Verbal Rate Scale) con una puntuación del 1-7 (siendo 1=no dolor y 7=dolor insoportable). Se consideró control de dolor VRS<3. Se finalizaba el estudio tras dos días de estabilización de la dosis de morfina. En el grupo 1 completaron el estudio 15 enfermos, y en el grupo 2, 19 pacientes. Se valoró el tiempo medio necesario para obtener el control del dolor: 2,1 días (1,4-2,7) en el grupo 1, y 1,7 días (1,1-2,3) en el grupo 2. También se valoraron posibles efectos secundarios como náuseas, astenia, insomnio, vértigo, apetito y estreñimiento, así como calidad de vida percibida por el paciente y satisfacción con el tratamiento, siendo, los resultados, similares en ambos grupos salvo una mayor astenia percibida en el grupo 1 con una diferencia estadísticamente significativa.

### Comentario

Este estudio compara la eficacia de diferentes formulaciones de morfina –morfina-24 horas y morfina de

liberación inmediata- al comienzo del tratamiento. Llama la atención el tamaño pequeño de la muestra pero fue calculado previamente con poder estadístico para obtener diferencias significativas en el tiempo necesario para controlar el dolor. El trabajo muestra que no se observan diferencias en el tiempo necesario para el control inicial del dolor, usando morfina de liberación inmediata o presentaciones de 24 horas. Tampoco aparecen diferencias en los efectos adversos ni en la calidad de vida. De acuerdo con estos datos, se podría simplificar el ajuste de dosis utilizando morfina de acción prolongada una vez al día sin comprometer la eficacia. Estos resultados pueden ser tenidos especialmente en cuenta en pacientes ancianos y frágiles (polimedicados), favoreciendo la adhesión al tratamiento y la eficacia del mismo.

Pain

**Revisor:** Yolanda Zuriarrain Reyna, 20-01-2004  
Centro de Cuidados Laguna

### **Sufrimiento emocional de los familiares por la pérdida de apetito y las secreciones bronquiales en la etapa terminal**

*Morita T, Hirai K, Shima Y. Family-perceived distress about appetite loss and bronchial secretion in the terminal phase. J Pain Symptom Manage 2004; 27: 98-99.*

La pérdida de apetito y las secreciones respiratorias en el enfermo terminal son problemas que, de manera paradójica, pueden tener una repercusión mucho mayor en los familiares que en el paciente. En este estudio se analizan los resultados de parte de un cuestionario remitido en Japón a familiares de pacientes que habían fallecido recientemente tras haber pasado por la etapa terminal. En este cuestionario se pedía que hicieran una valoración categórica de la frecuencia que habían percibido en la aparición de una serie de síntomas y de la repercusión y el sufrimiento que estos síntomas habían inducido en ellos, es decir, en los familiares. Se envió el cuestionario a 300 familias, de las cuales 208 (69%) lo respondieron, si bien 13 (6%) de estos cuestionarios no se pudieron analizar por falta de datos. De promedio, el cuestionario se respondió algo más de un año después del fallecimiento del paciente. Aunque es difícil evaluar la "frecuencia" de la pérdida de apetito, el 63% de las familias la describieron como frecuente o muy frecuente (algo que se podría interpretar mejor como "importante" y "severa", respectivamente), mientras que la presencia de secreciones bronquiales la describió como frecuente o muy frecuente el 33% de las familias. El 71% de las familias que valoraron la pérdida de apetito como importante o severa, refirieron un nivel elevado de sufrimiento emocional (distress), mientras que el 78% de las que evaluaron la presencia de secreciones como frecuente o muy frecuente señalaron que el sufrimiento emocional que les producía era alto.

### **Comentario**

Los principios de la Medicina Paliativa presentan a la familia como la "unidad de cuidados", es decir, como un todo que comparte en cierta medida la enfermedad y los sufrimientos del paciente. Desde esta perspectiva se entiende la importancia de este estudio, ya que da luces para entender el modo de pensar, de reaccionar... y de sufrir de los familiares. Así, hay problemas relativamente frecuentes en el enfermo terminal, como la reducción de la ingesta de alimentos y la presencia de secreciones respiratorias, que aunque sin provocar un sufrimiento físico (dolor, disnea...) en el enfermo, tienen una repercusión importante en los familiares. Hasta el punto de que en tres de cada cuatro familias inducen un gran sufrimiento emocional (distress).

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 13-02-2004  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Creencias de la familia sobre el cuidado nutricional de un pariente en estado terminal: un estudio cualitativo**

*Family Beliefs Regarding the Nutritional Care of a Terminally Ill Relative: A Qualitative Study. McClement SE, Degner LF, Harlos MS. J Palliat Med. 2003 Oct;6(5):737-48.*

Anorexia y caquexia son problemas prevalentes en pacientes terminales. Estos síntomas frecuentemente desorientan a los familiares en cuanto a su actitud sobre el cuidado nutricional idóneo de su familiar.

El objetivo de este estudio consiste en desarrollar un modelo conceptual de creencias y comportamientos de los familiares en relación con el cuidado nutricional de un pariente en fase terminal. Para ello se examinan los puntos de vista de familiares, pacientes y sanitarios.

El método consiste en un estudio cualitativo utilizando entrevistas abiertas y observación de los participantes. Los 47 participantes provienen de 4 grupos: pacientes terminales oncológicos hospitalizados, familiares de los anteriores, sanitarios de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y familiares en fase de duelo cuyo pariente falleció en una UCP.

Tras examinar los datos se estableció que la actitud general más frecuente fue la de "hacer lo que sea mejor", que a su vez se divide en 3 actitudes diferentes que se han denominado "lucha a toda costa", "dejar que la naturaleza siga su curso" y "oscilar".

En la actitud "lucha a toda costa" los familiares solicitaban todas las medidas posibles, incluida la nutrición parenteral total, en su creencia de que el deterioro físico del paciente se debía a una insuficiente nutrición. Los sanitarios implicados manifestaron un gran malestar al verse frecuentemente acusados de negligencia. Los pacientes sintieron un gran malestar psicológico al verse forzados a

alimentarse en su estado de anorexia.

Los familiares con actitud de "dejar que la naturaleza siga su curso" opinaban que el deterioro físico se debía a la progresión de la enfermedad y no a una nutrición deficiente. Éstos empleaban su tiempo y energía en otros aspectos del cuidado de su familiar. Los pacientes manifestaron sentirse agradecidos por no verse obligados a comer y no sentirse culpables por no intentarlo.

Una tercera actitud consistía en "oscilar" entre las 2 actitudes anteriormente descritas. El comportamiento de los familiares era vacilante y, a veces, incluso errático, manteniendo una lucha entre sus deseos de alimentar a su familiar y la conciencia de que se trataba de un proceso natural.

## Comentario

La gran mayoría de los estudios realizados sobre anorexia y caquexia son de tipo cuantitativo. Debido a esto, la primera característica interesante de este artículo consiste en tratarse de un estudio cualitativo realizado con un gran rigor científico y cuya metodología es descrita detalladamente. Generalmente, series pequeñas como ésta originan reticencias en cuanto a la generalización de los resultados obtenidos. Sin embargo, al contrario que en los estudios cuantitativos, el objetivo de los estudios cualitativos no es la generalización, sino la exploración de factores asociados al tema de investigación. El presente trabajo tiene importantes implicaciones para el manejo y la educación de los familiares, y representa un punto de partida para otros estudios.

José Centeno Mattern  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital de Basurto  
Bilbao

Journal of Palliative Medicine

**Revisor:** José Centeno Mattern, 17-02-2004  
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

## Efectividad de un Programa Domiciliario de Cuidados Paliativos para Terminales

*Effectiveness of a Home-Based Palliative Care Program for End-of-Life. Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. J Palliat Med. 2003 Oct;6(5):715-24.*

A pesar del reconocimiento generalizado de la necesidad de programas de cuidados paliativos para pacientes terminales, existen pocos trabajos que demuestren la efectividad de estos programas.

El presente estudio evaluó dicha efectividad comparando,

durante 2 años, la atención domiciliar a un grupo de pacientes que recibió cuidados paliativos programados (grupo de intervención), y otro que recibió asistencia sanitaria estándar (grupo control). El primer grupo lo formaban 161 pacientes y el segundo 139. Los principales factores evaluados fueron la satisfacción con los servicios sanitarios, la utilización de los mismos, el gasto sanitario y el lugar de fallecimiento.

La satisfacción de los dos grupos fue similar al inicio. Sin embargo, a los 60 días la satisfacción en el grupo de intervención fue claramente mayor, mientras que la registrada en el grupo control permanecía igual a la del inicio.

En cuanto a la utilización de los servicios sanitarios, el grupo que recibió cuidados paliativos presentó mejores resultados en todos los parámetros estudiados. El grupo de intervención precisó una menor utilización de cuidados agudos como p. ej. asistencia a servicios de urgencia o días de estancia hospitalaria. A este respecto, el grupo que recibió asistencia estándar presentó el doble de asistencias por un servicio de urgencias y 4 veces más días de estancia hospitalaria. En esta misma línea, el grupo de intervención precisó menos asistencia no aguda, como p. ej. visitas domiciliarias a demanda por el médico o por la enfermera especializada. Uno de los factores principales que dan origen a los resultados anteriores consiste en que los pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos recibieron dos veces y medio más visitas programadas que el grupo control.

Así mismo, este grupo de pacientes presentó un mayor número de fallecimientos en su domicilio. Cerca de un 90% de los pacientes con cuidados paliativos fallecieron en su domicilio, mientras que en el grupo control lo hicieron un 57%.

Un resultado clave de este estudio fue una disminución en el gasto sanitario de un 45% en el grupo que recibió cuidados paliativos.

## Comentario

A pesar de que los resultados de este estudio hablan por sí mismos, es necesario comentar algunas limitaciones en su metodología. Los autores optaron por un estudio de comparación de grupos. Sin embargo, la inclusión de pacientes en el grupo de intervención o en el grupo control no fue aleatoria. El establecimiento de los 2 grupos se realizó a partir de la elección de los pacientes tras ofrecimiento de las 2 posibilidades de atención sanitaria. Debido a este enfoque serán necesarios estudios randomizados para aumentar la validez de los resultados.

Un aspecto muy interesante y positivo consiste en el hecho de que los pacientes incluidos en el estudio presentaban tanto patología oncológica como no oncológica (insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

El presente estudio contribuye de forma importante a nuestro conocimiento de los programas de cuidados paliativos. Los estudios realizados en este sentido demuestran cada vez con mayor consistencia la efectividad

de estos programas.

José Centeno Mattern  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital de Basurto  
Bilbao

Journal of Palliative Medicine

**Revisor:** José Centeno Mattern, 17-02-2004  
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

### **Barreras para limitar la utilización de gastrostomía endoscópica percutánea en demencia avanzada**

*Barriers to Limiting the Practice of Feeding Tube Placement in Advanced Dementia. Shega JW et al. J Palliat Med. 2003 Dec;6(6):885-93.*

La demencia puede ser considerada una enfermedad terminal prolongada en la que el deterioro cognitivo y funcional precede en años al fallecimiento. En fases avanzadas de esta enfermedad, cuando la capacidad para la alimentación oral es insuficiente, existe la posibilidad de una alimentación por gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Varios trabajos recientes cuestionan su indicación en este contexto. Sin embargo, la colocación de PEGs continúa aumentando. El presente estudio investiga los factores que conducen a un médico a solicitar la colocación de una PEG en pacientes con demencia avanzada en un intento de identificar las barreras para disminuir su utilización.

Los autores procedieron a enviar un cuestionario a médicos de Atención Primaria para evaluar sus conocimientos, opiniones y práctica respecto a la mencionada técnica de alimentación. La tasa de respuesta fue de un 46.9% (195 encuestas).

Una cantidad significativa de médicos creían que la PEG presentaba las siguientes ventajas: mejora del estado nutricional (93,7%), reducción de la neumonía por aspiración (76,4%), mejoría en la evolución de las úlceras por presión (74,6%) y del estado funcional (27,1%). Los resultados de varios estudios recientes enfocados sobre estos aspectos concretos constatan una falta de evidencia. Es más, en algunos de estos aspectos, la evidencia constata una ausencia de beneficio.

Un punto importante es el de la mortalidad inherente a la técnica. Ésta se sitúa según la bibliografía entre un 20 y un 40% a los 30 días de la implantación, y entre un 50% y un 60% al año. La mayoría de los médicos subestimaron la mortalidad a los 30 días en pacientes en los que se colocaba una PEG.

Más de la mitad de los médicos pensaban que la colocación de una PEG en pacientes con demencia

avanzada formaba parte del manejo clínico estándar.

Otros factores influyentes detectados fueron el afecto por el paciente, su estado cognitivo, el pronóstico, el estado funcional, voluntades anticipadas, deseos de la familia, opiniones personales y presión por parte de otros sanitarios.

El estudio concluye que existe una gran discordancia entre la práctica médica y la evidencia científica e identifica algunos de los impedimentos para la disminución de la colocación de PEGs en pacientes con demencia avanzada.

### **Comentario**

Nos encontramos ante un estudio revelador. La diferencia entre la práctica clínica en relación a la colocación de PEGs en pacientes con demencia avanzada y la evidencia científica que la apoya es grande. Sus principales consecuencias son la colocación innecesaria de PEGs y el gasto sanitario derivado de ello. Los resultados de este estudio nos permiten abordar de forma selectiva los factores más influyentes en la solicitud de PEGs. Estos factores están principalmente relacionados con el conocimiento por lo que es esencial una intervención educativa en diferentes formas como p. ej. programas de formación continuada.

José Centeno Mattern  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital de Basurto  
Bilbao

Journal of Palliative Medicine

**Revisor:** José Centeno Mattern, 17-02-2004  
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

### **Actitud de pacientes y familiares sobre descubrir el diagnóstico de situación terminal**

*Yun YH, Lee CG, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. J Clin Oncol. 2004 Jan 15;22(2):307-14.*

Cuando la enfermedad progresa y el tratamiento pasa de ser curativo a paliativo, surge un problema en la comunicación con el paciente. Decir la verdad sobre su enfermedad puede permitir proporcionar un cuidado más apropiado. La dificultad está en decidir qué decir a los pacientes, y cómo y cuándo hacerlo. El objetivo de este estudio era investigar, en Corea, las actitudes de los pacientes oncológicos y de sus familiares ante la información sobre el diagnóstico de la enfermedad oncológica terminal.

Se diseñó un cuestionario con preguntas acerca de la información al paciente sobre el diagnóstico de la enfermedad terminal, y sobre la persona y el momento apropiado para transmitirlo. Se repartió de forma consecutiva entre pacientes oncológicos y familiares de pacientes oncológicos en la sala de espera de cirugía, radioterapia u oncología en siete hospitales universitarios y un centro oncológico nacional. Fue completado individualmente por 380 pacientes y 281 familiares.

Los resultados mostraron que el grupo de los pacientes prefería con más frecuencia que los familiares ser informados del diagnóstico de terminalidad (96,1% vs 76,9%;  $p < 0,001$ ); los pacientes creían que el médico era la persona apropiada para informar y que el paciente debía ser informado inmediatamente después de la diagnóstico de la enfermedad terminal. Los pacientes en estadios precoces preferían ser informados inmediatamente, con más probabilidad que los de estadios avanzados. Entre los familiares, los esposos pensaban, con más probabilidad que otros, que el médico era la persona apropiada para informar, y entre los pacientes, eran los de más nivel cultural los que pensaban así. Un 20% de los pacientes y la mitad de los familiares preferían que informase un miembro de la familia.

El hallazgo principal del estudio es que el 96,1% de los pacientes querían que se les dijera si tenían una enfermedad terminal, mientras que sólo el 76,9% de los familiares querían que se informara a su familiar. Se recogen las razones que da cada grupo a sus respuestas.

Los autores señalan la importancia de revelar el diagnóstico de terminalidad de la enfermedad, sabiendo que la actitud de familiares y pacientes puede diferir; así como la necesidad de conocer el papel que juegan las diferencias culturales en estos resultados.

## Comentario

Aunque el estudio está realizado en Corea, plantea una situación, en gran parte, común a todos los enfermos con independencia del medio. Este problema también ha sido estudiado en España con resultados no muy similares: sólo 2 de cada 3 enfermos querían información completa sobre su situación.

Revelar el diagnóstico y el pronóstico de una enfermedad terminal supone siempre un desafío, tanto para el médico como para el paciente y la familia. Esa información puede permitir al paciente, y también a la familia, disponer mejor del tiempo que reste y les dará la oportunidad de adaptarse a la situación. Los beneficios que puede aportar esta información son casi siempre grandes aunque la noticia produzca siempre un gran impacto. Por eso, como apuntan los autores, es clave el modo de informar y el hacerlo con honestidad, compasión, sensibilidad, claridad y permitiendo siempre alguna esperanza. En cualquier caso, el deseo o la demanda del paciente es lo que marca la pauta. No es mejor profesional quien informa más, sino aquél que respeta más al enfermo y siempre se comunica abiertamente con él. Demande o no información.

Otras revistas

**Revisor:** Ana de Santiago Ruiz, 25-02-2004  
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

## Continuidad asistencial en atención primaria y lugar del fallecimiento en pacientes con cáncer

*Primary care continuity and location of death for those with cancer. Burge F, Lawson B, Johnston G, Cummings I. J Palliat Med. 2003 Dec;6(6):911-8.*

A pesar de que la continuidad asistencial es un hecho deseable en los cuidados al final de la vida, y de que la mayoría de los pacientes con cáncer prefieren fallecer en su domicilio, no se ha realizado ningún estudio sobre esta relación.

El objetivo del presente trabajo es estudiar la asociación entre la continuidad asistencial por el médico de atención primaria y el lugar de fallecimiento de los pacientes. Para ello, se ha realizado un estudio retrospectivo de 6 años de duración (1992-1997), en Nueva Escocia, Canadá. Los pacientes incluidos fueron 9714: todos los fallecidos por cáncer durante los mencionados años que habían recibido como mínimo 3 visitas por su médico. Para evaluar los resultados se utilizó el método de regresión logística.

Este estudio demuestra una asociación entre la continuidad asistencial por parte del médico de atención primaria y el fallecimiento en medio no hospitalario del paciente. Los fallecimientos no hospitalarios fueron el 31,6% y se asociaron a una mayor continuidad asistencial (odds ratio ajustada [OR] = 1,54 con un intervalo de confianza del 95%) en comparación con los fallecimientos en hospital. La continuidad asistencial se graduó en alta, media y baja en relación al número de visitas domiciliarias realizadas. En este sentido hay que destacar que el resultado es "dosis-dependiente": cuanto mayor es la continuidad asistencial, tanto mayor es, también, el fallecimiento no hospitalario.

Atendiendo a otras variables, el grupo de los pacientes con mayor frecuencia de fallecimiento no hospitalario fueron mujeres (51%), de edad igual o mayor a 75 años (55%), con domicilio urbano (59%) y con una supervivencia mayor de 151 días desde el diagnóstico de cáncer hasta el fallecimiento (81%). Este último resultado se interpretó en el sentido de que pacientes con mayor supervivencia contaban con mayor tiempo para acondicionar su domicilio.

## Comentario

Para los médicos de atención primaria, este resultado puede parecer "lógico". Sin embargo, nos encontramos ante el primer estudio que aporta la evidencia de relación entre la continuidad de cuidados y el fallecimiento en domicilio. Esta conclusión puede hacerse extensiva a otros modelos de atención domiciliaria a pacientes con cáncer y debería tenerse en cuenta en el desarrollo de servicios sanitarios al final de la vida.

José Centeno Mattern  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital de Basurto  
Bilbao

Journal of Palliative Medicine

**Revisor:** José Centeno Mattern, 29-02-2004  
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

### **Delirium agitado terminal y su asociación con la sustitución parcial de opioide e hidratación**

*Agitated terminal delirium and association with partial opioid substitution and hydration. Morita T, Tei Y, Inoue S. J Palliat Med. 2003 Aug;6(4):557-63*

El objetivo de este estudio es determinar el efecto de la sustitución parcial de opioide y la hidratación en la incidencia de delirium en la fase final de un paciente oncológico. La rotación parcial de opioide ( morfina por fentanilo) y la hidratación tienen su base fisiopatológica en la idea de que la acumulación de metabolitos tóxicos de la morfina pueden contribuir a la aparición de delirium. No se ha determinado hasta el momento la existencia de metabolitos tóxicos del fentanilo. En Japón no existe otro opioide alternativo que no sea el fentanilo y éste sólo se dispensa en ampollas. Ésta es la razón de que por condicionamientos técnicos la sustitución sólo haya podido ser parcial. Realizando rotación opioide, hidratación y valoración cognitiva regular, el equipo de cuidados paliativos de Edmonton en Canadá consiguió reducir la incidencia de delirium. El presente trabajo pretende ser un estudio reproductivo modificado del anterior. Se realizó un estudio controlado de la siguiente forma: pacientes terminales oncológicos fueron incluidos en el estudio de forma consecutiva según iban ingresando en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). De este modo se obtuvo un grupo "retrospectivo" (164 pacientes entre los años 1996 y 1997) y un grupo "prospectivo" (120 pacientes entre los años 2000 y 2001). Durante los años 2000 y 2001 se realizó una sustitución parcial de morfina por fentanilo y se incrementó la frecuencia de hidratación. Comparado con el período 1996-1997, durante los años 2000 y 2001 la hidratación se aumentó de un 33% a un 44% y la rotación opioide de un 3% a un 41%. Dos observadores independientes evaluaron el grado de agitación y de deterioro cognitivo durante la última semana de vida.

No se determinó una variación significativa de la prevalencia de delirium agitado, el grado de agitación, el porcentaje de pacientes que consiguieron mantener una comunicación completamente clara y el porcentaje que consiguieron mantener una consciencia completa.

Como conclusión puede decirse que la sustitución parcial de morfina con fentanilo y niveles moderados de hidratación no tienen efectos preventivos significativos sobre la incidencia de delirium durante la última semana de vida.

### **Comentario**

Aunque en el apartado anterior no ha sido descrita detalladamente la metodología seguida en el estudio, ésta presenta unas limitaciones a tener en cuenta. En las escalas utilizadas sólo se utilizaron algunos de los ítems, con lo que disminuye la reproducibilidad y la validez. Las indicaciones para la hidratación no fueron claramente establecidas. No se investigaron todos los posibles factores desencadenantes de delirium. Quizá la conclusión es demasiado rotunda para un estudio retrospectivo de estas limitaciones. La cuestión de la hidratación y los metabolitos de morfina sigue abierta.

En cuanto al delirium en general, es necesario mejorar los métodos para su prevención como son la rotación opioide completa, la reducción en la dosis de opioide, la evaluación cognitiva periódica y la identificación e intervención precoz sobre las causas de delirium diferentes a la toxicidad por morfina.

Journal of Palliative Medicine

**Revisor:** José Centeno Mattern, 02-03-2004  
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

### **Tioridazina en pacientes en Cuidados Paliativos con sudoración severa.**

*Abbas SQ. Use of thioridazine in palliative care patients with troublesome sweating. J Pain Symptom Manage 2004; 27: 194-195.*

Hasta uno de cada seis o siete pacientes con cáncer avanzado en situación terminal padece una sudoración importante que le molesta y/o altera de manera importante su actividad o sus relaciones. Cuando el origen de esta sudoración es paraneoplásico no se suele alcanzar una buena respuesta al tratamiento sintomático (corticoides, AINE). El autor presenta su experiencia con diez pacientes oncológicos avanzados tratados con tioridazina, inicialmente con una dosis única nocturna de 10 mg (en la mitad de ellos la dosis se aumentó a 25 mg). Siete de los diez pacientes (70%) refirieron mejoría en la sudoración, que se asoció a una mayor sensación de bienestar.

### **Comentario**

La tioridazina es una fenotiacina con efecto antimuscarínico. Su uso se ha restringido por el riesgo de arritmias facilitado por la prolongación del intervalo QT, un efecto que parece depender de la dosis del fármaco, de la edad y de la patología cardíaca de base. Lo que late en la conclusión del autor, más allá de la indicación o no del fármaco, es una

referencia de sentido común clínico: a veces se puede plantear el empleo de un fármaco (en este caso, la tiordazina en dosis bajas) para el alivio de un síntoma relevante, aun conociendo sus riesgos y sus posibles contraindicaciones, si hay una proporción adecuada entre riesgo y beneficio.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 05-03-2004  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Carga sintomática en la última semana de vida.

*Klinkenberg M, Willems D, et al. Symptom burden in the last week of life. J Pain and Symptom Manage 2004; 27(1):5-13.*

El propósito de este estudio es describir la presencia de síntomas al final de la vida de una muestra de fallecidos de la población general según la valoración de sus familiares.

Se tomó una muestra de fallecidos entre 1995 y 1998, con edades entre 55 y 85 años, en áreas rurales y urbanas de Holanda y se realizó una entrevista a los familiares. Respondieron 270 de los 342 seleccionados. La media de edad de los fallecidos fue de 80 años. Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron: neoplasia (35%), cardiopatía (34%), osteoartropatía (29%), ACV (24%) y EPOC (24 %). El 36% presentó deterioro cognitivo en los 3 últimos meses.

Los síntomas más frecuentes fueron astenia (83%), disnea (50%), dolor (48%), confusión (36%), ansiedad (31%), depresión (28%), náuseas y vómitos (25%). Sólo un 9% no presentó síntomas en la última semana de vida. Aquellos con deterioro cognitivo en los tres últimos meses, tenían un nivel sintomático mayor en la última semana de vida. No se encontró diferencia en los síntomas según fallecieron en instituciones o en casa. Los enfermos con EPOC tenían mayor probabilidad de presentar disnea, y los enfermos con cáncer tenían mayor probabilidad de presentar dolor. La insuficiencia cardíaca no se relacionó con ningún síntoma específico. Los pacientes con deterioro cognitivo presentaron con más probabilidad náuseas y vómitos, ansiedad y depresión, astenia y confusión, pero con menos probabilidad disnea o dolor. Se observó una tendencia de los familiares a infravalorar síntomas como dolor, ansiedad o depresión al compararlos con la valoración de los médicos generales.

Los autores concluyen que se puede mejorar en el control sintomático del proceso de morir. Aunque la astenia es de difícil control, el dolor y la disnea sí podrían ser aliviados. Se debe prestar una atención especial a la valoración de síntomas cuando existe deterioro cognitivo.

### Comentario

A pesar de lo imperfecto del método de recogida de información a través de los familiares del paciente, el trabajo resulta interesante para conocer síntomas que se presentan en los últimos días de vida en los pacientes de cualquier patología y no sólo en pacientes oncológicos. La astenia parece ser, con mucho, el síntoma más frecuente al final de la vida independientemente de la enfermedad. Llama la atención la relación encontrada entre el EPOC y la disnea y, una vez más, entre el dolor y el cáncer.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Ana de Santiago Ruiz, 16-03-2004  
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

### Metadona: ¿un fármaco huérfano?

*Methadone: an orphan drug? Ripamonti C, Bianchi M, Bruera E. J Palliat Med. 2004 Feb;7(1):73-4.*

Un producto farmacéutico es llamado "fármaco huérfano" cuando a pesar de su validez clínica no es rentable y, debido a esto, no es interesante para la industria farmacéutica.

Las consecuencias son una insuficiente investigación en profundidad y, sobre todo, la falta de información apropiada para médicos, enfermeras y administradores implicados en cuidados paliativos.

Este es el caso de la metadona.

En los últimos 10 años, varios estudios (no financiados por la industria farmacéutica) han demostrado cualidades farmacológicas y analgésicas favorables, incluso únicas, de la metadona en el tratamiento del dolor oncológico. Sin embargo, el conocimiento, disponibilidad y uso clínico generalizado de este fármaco es extremadamente limitado a escala mundial.

El coste del fármaco es una de las principales razones por las que, a nivel mundial, la mayoría de los pacientes con cáncer mueren sin haber recibido ni una sola dosis de un opiáceo potente.

Se ha calculado que el coste de 30 días de tratamiento con 180 mg/d de morfina de liberación retardada es de unos 144,5\$. El coste de dosis equianalgésicas de otros opiáceos es: fentanilo transdérmico 331\$, y oxycodona de liberación retardada, unos 350\$; mientras para la metadona, el mismo es de unos 11\$.

A pesar de que la metadona reduciría costes en el paciente oncológico terminal, aspecto especialmente interesante en los casos de dosis altas de opiáceos o en el caso de países en vías de desarrollo, el acceso a la metadona es extremadamente bajo.

Si no se pone remedio a esta situación, el bajo coste de la metadona será la principal causa de su falta de utilización. Debido a que los Estados Unidos es el líder mundial en legislación y acción en relación con fármacos huérfanos y mientras Europa parece encontrarse muy por detrás, ¿podemos esperar una señal de los Estados Unidos para un apoyo político en un uso más extenso a nivel mundial de

la metadona en el tratamiento del dolor oncológico?

### Comentario

La exposición del contenido del artículo es de una gran claridad y contundencia. Debido a esto, poco queda para comentar sobre este artículo de carácter reivindicativo firmado por autores del máximo prestigio a nivel mundial. Volvemos una vez más al problema de los fármacos útiles, pero "demasiado baratos".

Journal of Palliative Medicine

**Revisor:** José Centeno Mattern, 23-03-2004  
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

### Mayor financiación para los servicios de cuidados paliativos en el domicilio si estos optimizan costes.

*Palliative care at home to get further funds if it saves money. BMJ volume 328. 6 march 2004. bmj.com*

Un estudio realizado el año 2003 por bmj.com entre 1533 personas mostró que un 74% de éstas mostraron sus preferencias para morir en su domicilio, un 19% se mostró indiferente, un 5% prefirió un hospice, y sólo un 2% eligió el hospital.

Asimismo, en un artículo escrito por el profesor en economía sanitaria David Taylor, se calcula que por cada millón de libras esterlinas destinadas a la atención de pacientes terminales de cáncer en el domicilio, hay que añadir otros dos millones de libras esterlinas de ahorro en gasto hospitalario.

Por estas dos razones expuestas, la asociación Marie Curie Cancer Care está llevando a cabo la campaña "Supporting the choice to die at home", con el objetivo de que el Ministerio de Sanidad Británico financie un programa específico para que 37000 pacientes puedan ser atendidos en el domicilio. La atención de estos pacientes supondría un ahorro de adicional de 150 millones de euros en estancias hospitalarias.

Para que estos programas puedan realizarse, a parte de la dotación económica imprescindible, hay que incidir de manera muy especial en la formación de los equipos de atención primaria, puesto que serán ellos los responsables últimos de la atención en el domicilio de los pacientes oncológicos que expresen su deseo de morir en un ambiente familiar.

### Comentario

Diversos estudios avalan los aspectos economicistas de la atención de los enfermos terminales en el domicilio donde, a las ventajas emocionales y psicológicas, hay que añadir el ahorro en estancias hospitalarias que supone este tipo de

atención. Quizás estas perspectivas están todavía muy lejos en el horizonte sanitario de nuestro país, pero es una línea a seguir. Programas específicos de cuidados paliativos en la atención primaria de salud relacionados con los contratos específicos de financiación; el estímulo hacia los equipos de atención primaria mediante formación específica; la creación de equipos de cuidados paliativos de referencia para estos equipos de atención primaria, son iniciativas que hay que promocionar desde las esferas de gestión sanitaria.

Otras revistas

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 26-03-2004  
UCP Hospital jaume d'Urgell

### Mayor prioridad para la atención a los enfermos paliativos.

*Palliative care services should have higher priority, says NICE. BMJ volume 328. 27 march 2004. bmj.com*

Los servicios de soporte e información para los enfermos de cáncer y sus familias deberían desarrollarse con la misma prioridad e intensidad que los servicios de diagnóstico y tratamiento oncológico. Las recomendaciones del National Institute for Clinical Excellence (NICE) se orientan hacia que los enfermos oncológicos dispongan de los servicios necesarios, ya desde el momento mismo del diagnóstico, para afrontar física y emocionalmente tanto la enfermedad como el tratamiento posterior.

De la misma manera, desde los organismos gestores del NHS se intenta que los pacientes en fase avanzada de su enfermedad oncológica dispongan de atención médica y de enfermería, altamente cualificada, durante las 24 horas del día.

La evidencia muestra que, además de recibir el mejor tratamiento disponible, los pacientes demandan cada vez más una atención individualizada, con dignidad y respeto y, ante todo, que sus voces sean tenidas en cuenta para la toma de decisiones tanto sobre posibles tratamientos, como sobre futuras atenciones que puedan recibir.

### Comentario

Cada año son diagnosticados 230.000 nuevos casos de cáncer en Inglaterra y Gales, siendo el cáncer la causa del 50% del total de mortalidad anual. La sensibilidad de la sociedad hacia los enfermos de cáncer y sus familias es cada vez más refinada y empática, siendo ya una práctica habitual el abordaje interdisciplinar de este tipo de pacientes desde el mismo momento del diagnóstico. Se da cada vez más importancia al soporte emocional y al que el paciente esté plenamente implicado en la toma de decisiones en lo que concierne a su enfermedad.

Un pilar importantísimo para que los pacientes oncológicos en fase terminal puedan ser correctamente atendidos en su domicilio, es el hecho de disponer de un excelente soporte a nivel de la atención primaria de salud, con unos inmejorables conocimientos sobre el control de síntomas en estos pacientes, y también, con las habilidades necesarias para establecer vínculos de comunicación y soporte emocional tanto para con el paciente como para con su familia.

Otras revistas

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 26-03-2004  
UCP Hospital jaume d'Urgell

### **Gabapentina en el tratamiento del dolor neuropático**

*Bennett M. Simpson KH. Gabapentin in the treatment of neuropathic pain. Palliative Medicine 2004; 18: 5-11*

Este artículo revisa la farmacología y la eficacia clínica de la Gabapentina en el tratamiento del dolor neuropático.

El fármaco administrado por vía oral se absorbe en el intestino delgado con biodisponibilidad dosis dependiente (60% para 300mg, 35% para 1600mg). Su vida media es de unas 6-8 horas y por ello el fármaco debe administrarse tres veces al día. Se excreta inalterado vía renal y por ello su vida media y sus concentraciones plasmáticas aumentan cuando hay insuficiencia renal.

Aunque no se ha demostrado que la Gabapentina tenga efecto anti-nociceptivo propio, sí tiene efectos anti-hiperalgésicos y anti-alodinia. Algunos estudios han descubierto además un efecto sinérgico entre morfina y Gabapentina pero el mecanismo por el que esto ocurre no se ha podido explicar hasta ahora.. Inicialmente se creyó que la Gabapentina era antagonista del receptor NMDA pero los estudios básicos han demostrado que no actúa de ese modo. También se pensó que actuaba a nivel de los receptores GABA y por eso se llamó a la molécula Gabapentina. Hoy se sabe que ejerce su acción de otro modo y parece deberse a un sinergismo complejo entre el incremento de la síntesis de GABA, un antagonismo de receptores de tipo no-NMDA y, la acción más importante, el bloqueo de los canales del calcio a nivel de la subunidad voltaje-dependiente  $\alpha_2\delta$ . Los sitios  $\alpha_2\delta$  están concentrados especialmente en la lámina superficial del asta posterior de la médula espinal y la acción de la Gabapentina sobre ellos tiene como resultado una menor disponibilidad de los aminoácidos excitatorios en los receptores NMDA y no-NMDA.

Clínicamente grandes estudios randomizados han demostrado la eficacia de la Gabapentina en diversos síndromes de dolor neuropático. Sin embargo, en particular en dolor por cáncer, hasta la fecha no se ha realizado

ningún estudio randomizado. Dos estudios, uno retrospectivo y otro prospectivo, encontraron que añadir Gabapentina a la analgesia habitual en pacientes con dolor neuropático por cáncer era eficaz en 45-59% de los pacientes que encontraron un alivio superior al 50% de su dolor. La media de dosis diaria utilizada en el estudio prospectivo fue de 1004 mg. Estos datos de eficacia en dolor por cáncer son significativamente mejores que en otros síndromes como la neuralgia postherpética o la neuropatía diabética. Podría deberse al efecto sinérgico de la Gabapentina con los opioides.

En conjunto alrededor de 30% de los pacientes que usan Gabapentina por cualquier indicación experimentan un alivio de dolor superior al 50%. Los efectos adversos afectan alrededor de la mitad de los enfermos siendo los más frecuentes somnolencia y mareo.

### **Comentario**

Se empezaba a echar en falta una buena revisión sobre la Gabapentina. Cuando con este trabajo al fin llega, resulta muy interesante poder profundizar más en la farmacocinética y en los complejos mecanismos de acción de este fármaco. Pero resulta desalentador comprobar la debilidad de la evidencia sobre su uso en el dolor por cáncer: apenas 22 pacientes en un único estudio prospectivo de Caraceni et al. Por lo que se lee en guías y libros de texto, por el número de empresas farmacéuticas que ahora comercializan Gabapentina en diversas presentaciones, y también todo por lo que vamos comprobando en la clínica, esperaríamos encontrar la investigación más avanzada que avalara con fuerza el empleo del fármaco. Está todo por hacer en investigación y habrá que seguir siendo prudentes en la clínica. Sería importante disponer de más datos sobre el mejor modo de iniciar la administración, sobre efectos adversos y sobre las dosis óptimas ya que se están utilizando dosis superiores a las que inicialmente se recomendaron.

Palliative Medicine

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 29-03-2004  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.

### **Recuperación exitosa con vertebroplastia percutánea en pacientes con cáncer con aplastamientos vertebrales dolorosos por metástasis u osteoporosis.**

*Edward Chow, Lori Holden, Cyril Danjoux, et al. Successful salvage using percutaneous vertebroplasty in cancer patients with painful spinal metastases or osteoporotic compression fractures. Radiotherapy and Oncology 70 (2004) 265-267.*

Los autores presentan los resultados de una serie de 15 pacientes con cáncer tratados con vertebroplastia percutánea. Esta técnica consiste en la inyección percutánea de un cemento, polímero acrílico, con una aguja de biopsia en el cuerpo de la vértebra afecta. La realizan conjuntamente traumatólogos y radiólogos intervencionistas con entrenamiento específico, en un entorno adecuado con control radioscópico, sedación y anestesia local en el punto de inyección.

En la serie presentada la indicación se realizó en enfermos oncológicos con aplastamientos vertebrales y dolor importante sin respuesta a otros tratamientos como reposo, analgesia, fisioterapia o radioterapia en los casos de vértebras metastásicas. El colapso completo del cuerpo vertebral puede ser una contraindicación relativa por dificultad para colocar exactamente el trócar. Se trataron pacientes con aplastamientos osteoporóticos o metastásicos. La naturaleza del aplastamiento se esclareció mediante Resonancia previa.

Los pacientes fueron seguidos tres meses después del procedimiento y evaluados mediante el Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) y otra escala de capacidad funcional que combina en cuatro grados dolor y movilidad. El índice medio de dolor disminuyó a) con el movimiento, desde 10/10 antes del tratamiento a 1 en las semanas 2 y 12, y b) en reposo, desde 7/10 hasta 0 en las mismas semanas. La mayor parte de los pacientes experimentaron esa gran mejoría en las primeras 48 horas. Todos los pacientes mejoraron su capacidad funcional en uno o dos niveles sobre cuatro. Se comprobó mejoría estadística en los síntomas náuseas y depresión. El consumo de opioides disminuyó aunque no alcanzó significación estadística (de dosis equivalentes de morfina oral antes de 287 mg/día a 194 mg/día en la semana 2. el procedimiento se realizó sin complicaciones en todos los pacientes excepto uno en el que hubo escape de líquido en el canal medular y requirió cirugía urgente para evacuarlo. Este enfermo mantuvo su función motora pero presentó pérdida de sensibilidad en los pies. En el control radiológico posterior se vio que casi todos los pacientes tenían alguna extravasación de cemento fuera de la vértebra sin ninguna repercusión clínica.

Los autores concluyen que la vertebroplastia percutánea mejora significativamente el dolor, la movilidad y la calidad de vida de pacientes con fracturas vertebrales osteoporóticas o por metástasis óseas tras fracaso de la radioterapia.

La vertebroplastia es un nueva técnica de abordaje de las fracturas vertebrales sintomáticas también en pacientes en situaciones de enfermedad muy avanzada que aporta un rápido alivio del dolor. En nuestro medio se realiza cada vez en más hospitales. Esta técnica sigue perfeccionándose en la actualidad combinando insuflación de gas previa que facilita una mejor recuperación de la arquitectura del cuerpo vertebral facilitando luego la cimentación de ese espacio. Es de suponer que una mayor experiencia del equipo que realiza la vertebroplastia disminuya la temible complicación descrita de una extravasación de material de cimentación al canal medular. En

el trabajo que resumimos se echa en falta una clarificación del mecanismo por el que se alcanza el alivio del dolor: seguramente sigue a la mejoría estructural del cuerpo vertebral, pero en algunos casos así tratados se ha visto mínimos cambios en la altura de la vértebra pero con alivio franco del dolor.

### Comentario

La vertebroplastia es un nueva técnica de abordaje de las fracturas vertebrales sintomáticas, también en pacientes en situaciones de enfermedad muy avanzada o terminal, que aporta un rápido alivio del dolor. En nuestro medio se realiza cada vez en más hospitales. Esta técnica sigue perfeccionándose en la actualidad combinando insuflación de gas previa que facilita una mejor recuperación de la arquitectura del cuerpo vertebral facilitando luego la cimentación de ese espacio. Es de suponer que una mayor experiencia del equipo que realiza la vertebroplastia disminuya la temible complicación descrita de una extravasación de material de cimentación al canal medular. En el trabajo que resumimos se echa en falta una clarificación del mecanismo por el que se alcanza el alivio del dolor: seguramente sigue a la mejoría estructural del cuerpo vertebral, pero en algunos casos así tratados se ha visto mínimos cambios en la altura de la vértebra pero con alivio franco del dolor.

### Otras revistas

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 30-03-2004  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.