

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



18ª Entrega. Septiembre 2004

INDICE

Articulo	Pag.
Estudio aleatorizado sobre el empleo de opioides fuertes en dolor oncológico.	1
Olanzapina para náuseas refractarias en pacientes terminales.	1
El delirium en los pacientes de cáncer avanzado	2
Tubo de esofagostomía descompresiva: ¿un procedimiento paliativo olvidado?	2
Cómo valoran y manejan la depresión los médicos de medicina paliativa	3
Un estudio retrospectivo de la asociación entre parámetros hematológicos y bioquímicos y la intolerancia a morfina en pacientes con dolor oncológico.	3
Manejo de la hidratación en el final de la vida	4
El paracetamol mejora el control del dolor y la sensación de bienestar en pacientes con cáncer avanzado que se encuentran recibiendo opioides fuertes: estudio aleatorizado cruzado doble ciego controlado con placebo.	5
Provisión de cuidados paliativos y oncológicos en las áreas rurales. Revisión de las necesidades de los pacientes y cuidadores.	5
Estado de la formación pregrado en Medicina Paliativa en Canadá. Estudio del año 2001.	6
Gabapentina en el dolor oncológico de tipo neuropático: estudio aleatorizado del Gabapentin Cancer Pain Study Group.	7
Efectividad del canabinoide dronabinol en el dolor central en esclerosis múltiple.	8
Masaje para el control de síntomas: estudio de los resultados en un Centro Oncológico de referencia.	8
Las transfusiones de concentrados de hematíes en Unidades de Cuidados Paliativos, ¿siguen siendo una buena alternativa o es mejor que la anemia en relación con el cáncer se trate con eritropoyetina?	9

Estudio aleatorizado sobre el empleo de opioides fuertes en dolor oncológico.

Marinangeli F, Ciccozzi A, Leonardis M, Aloisio L, Mazzei A, Paladini A, Porzio G, Marchetti P, Varrassi G. Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial. J Pain Symptom Manage 2004; 27: 409-416.

Este estudio pretende responder la pregunta sobre si es conveniente mantener el 2º escalón de la escala analgésica de la OMS en el dolor (oncológico) moderado. Se incluyeron 100 enfermos oncológicos que recibían cuidados paliativos domiciliarios con dolor leve o moderado (EVA < 6/10) cuyo componente principal no fuese neuropático. Se les aleatorizó a una de dos pautas de tratamiento: 2º escalón con fármacos como codeína y tramadol (brazo A) o 3º escalón, con opioides "fuertes" (morfina, fentanilo, buprenorfina o metadona) (brazo B). En ambos brazos se admitía el empleo de AINEs y coadyuvantes. Se planteó como un estudio abierto, sin "enmascaramiento" de los fármacos. Del análisis se excluyeron ocho pacientes, con lo que los datos se refirieron a 92 pacientes (48 del brazo A y 44 del brazo B). La intensidad media del dolor se redujo de 4,0 a 2,1 en el brazo A y de 4,1 a 1,5 en el brazo B (diferencia entre la reducción de ambas medias: $p = 0,04$). La proporción de semanas que refirieron como "satisfactorias" los enfermos del brazo A fue del 80%, en comparación con el 86% del brazo B ($p = 0,04$). También se apreciaron diferencias en la valoración del paciente de su propio estado (EVA 0-10): 4,2 en el brazo A en comparación con 5,0 en el brazo B ($p < 0,01$). En los enfermos del brazo A los cambios de fármaco y de dosis fueron mucho más frecuentes que en el brazo B. En el brazo A el 48% de los pacientes precisó con el paso del tiempo que se le administrara analgesia dentro del 3º escalón. Los efectos secundarios fueron similares en ambos grupos salvo en las náuseas, que aparecieron en un 39% más de ocasiones en el brazo B.

Comentario

Los pacientes con dolor oncológico incluidos en este estudio tienen unas características peculiares, ya que ninguno de ellos precisó a lo largo del estudio radioterapia antiálgica y tampoco fue preciso que recibieran bifosfonatos... Aun así, los resultados de este estudio, aun contando con sus limitaciones, respaldan el empleo de fármacos de 3º escalón para tratar también el dolor oncológico moderado ya que los opioides fuertes se asocian a una analgesia mejor y, en cierta medida, a un grado de satisfacción más elevado. El único problema relativamente relevante que se asocia a estos fármacos es una incidencia mayor de náuseas.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 01-05-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Olanzapina para náuseas refractarias en pacientes terminales.

Olanzapine for intractable nausea in palliative care patients. Jackson WC, Tavernier L. J Palliat Med. 2003 Apr;6(2):251-5.

La prevalencia de las náuseas en la fase terminal varía entre un 40 y un 70% según los estudios. Aunque los pacientes valoran el sufrimiento por náuseas cerca del nivel del dolor, su tratamiento sigue siendo subóptimo. Los neurotransmisores dopamina, histamina, acetilcolina y serotonina son los cuatro principales mediadores de las náuseas y representan las dianas para los fármacos antieméticos.

En la actualidad, los pacientes con náuseas son tratados habitualmente con una variedad de fármacos cuyas dianas son los receptores para dopamina, histamina y acetilcolina. La olanzapina es un fármaco antipsicótico que, aparte de bloquear los receptores de los neurotransmisores anteriormente mencionados, actúa como antagonista de los receptores de la serotonina.

En el presente artículo los autores presentan 6 casos en los que las náuseas refractarias a fármacos habituales fueron tratadas con éxito con olanzapina. En cada uno de los casos la sistemática fue la misma: utilización de antieméticos habituales e introducción de olanzapina en caso de refractariedad de las náuseas. La olanzapina fue útil tanto como tratamiento único como en combinación con otros fármacos antieméticos.

A pesar de que uno de los efectos secundarios de la olanzapina es la sedación, se observó que una aproximación cuidadosa a la dosis adecuada durante un periodo de 7 a 10 días y en un rango de 2,5 a 7,5 mg diarios previno una sedación excesiva, incluso en pacientes que no toleraron otros antieméticos debido a la sedación. En relación con este síntoma, el efecto sedante pareció ser transitorio.

Se observó también una mejoría en síntomas conductuales y psiquiátricos. Por otra parte, la olanzapina se ha asociado a aumento de peso y se han descrito algunos casos de hiperglucemia.

Este estudio de serie de casos avala la utilidad de la olanzapina en el tratamiento de las náuseas refractarias debidas a distintos mecanismos fisiopatológicos, en pacientes de diferentes edades y con diferentes diagnósticos.

Comentario

A pesar de la teórica utilidad de la olanzapina y de consideraciones que argumentan su potencial eficacia, existen pocos artículos que avalen su aplicabilidad. El artículo más importante hasta este momento (Passik SD et al. A pilot exploration of the antiemetic activity of olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and pain. J Pain Symptom Manage 2002;23:526-532) demuestra, en un estudio controlado, una reducción

significativa de las náuseas no secundarias a opioides en 15 pacientes tratados con olanzapina. El presente artículo representa un paso más hacia delante en la investigación de la olanzapina en el campo de los cuidados paliativos. Su papel como fármaco antiemético parece prometedor, sin embargo, serán necesarios más estudios para confirmar su utilidad.

Journal of Palliative Medicine

Revisor: José Centeno Mattern, 24-05-2004
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

El delirium en los pacientes de cáncer avanzado

Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. Palliative Medicine 2004; 18: 184-194

El delirium, como estado confusional agudo, está hoy bien caracterizado y descrito. Casi todos los pacientes con cáncer terminal atraviesan uno o varios episodios de delirium a lo largo de su enfermedad y en las últimas horas de vida. Muchos de esos cuadros, o no son diagnosticados, o no son tratados, y las consecuencias complican terriblemente la fase terminal. Un manejo inadecuado de opioides y fármacos psicoactivos está en la raíz de muchos casos de delirium en enfermos al final de la vida. Todavía es necesaria mucha investigación sobre el delirium para tener una base sólida en la que apoyar científicamente el diagnóstico y tratamiento de esta situación. En la práctica diaria, los resultados se ven comprometidos no sólo por el escaso reconocimiento del trastorno, sino también por la falta de hallazgos científicos que orienten sobre su patofisiología y su tratamiento. En medicina de familia, oncología o cuidados paliativos, en general ante cualquier paciente al final de la vida, el delirium es un reto para el clínico: debe identificar bien la condición del paciente, buscar posibles causas que precipitan el delirium, intentar eliminarlas y trabajar rápido con la sintomatología. El manejo sintomático con neurolépticos (los de siempre y algunos nuevos que deben ser mejor estudiados), puede colaborar, aportar calma y facilitar mejor función cognitiva al enfermo. Con maniobras sencillas (cambio o disminución de opioide, suspensión de otros fármacos psicoactivos e hidratación) revierten la situación de delirium muchos más pacientes de los que se pensaba y, por tanto, no precisan de sedación terminal.

Comentario

El delirium, como estado confusional agudo, está hoy bien caracterizado y descrito. Casi todos los pacientes con cáncer terminal atraviesan uno o varios episodios de delirium a lo largo de su enfermedad y en las últimas horas de vida. Un manejo inadecuado de opioides y fármacos psicoactivos está en la raíz de muchos casos de delirium

en enfermos al final de la vida. Todavía es necesaria mucha investigación sobre el delirium para tener una base sólida en la que apoyar científicamente el diagnóstico y tratamiento de esta situación. Cuidar bien a un paciente con delirium no es tarea fácil y la familia necesita ayuda y consejo sobre esa situación límite y su posible evolución. Los objetivos comunes para todos son conseguir la tranquilidad cuanto antes y recuperar la capacidad de comunicación, después. Familia y equipo, deben trabajar juntos y proporcionar el entorno seguro y tranquilo que un enfermo con delirium necesita.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 26-09-2004
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra.

Tubo de esofagostomía descompresiva: ¿un procedimiento paliativo olvidado?

Decompressive Tube Esophagostomy: A Forgotten Palliative Procedure? Lloyd AM, Pereira J, Walley JT. J Palliat Med. 2003 Apr;7(2):265-267.

Muchos pacientes con obstrucción irreversible del tubo digestivo superior precisarán drenaje del mismo para el tratamiento de náuseas y vómitos. Las técnicas empleadas con más frecuencia son la sonda nasogástrica (SNG), la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) y los stents endoscópicos. La esofagostomía cervical descompresiva (ECD) puede estar indicada cuando las 3 técnicas no pueden ser utilizadas. Por ejemplo, la SNG puede causar molestias físicas y psicológicas, así como complicaciones locales. La colocación de una PEG puede no ser posible en neoplasias extensas, afectación de la pared gástrica anterior, gastrectomía, adherencias o ascitis.

La esofagostomía cervical descompresiva es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva. En primer lugar se coloca una SNG, a continuación se realiza una incisión unos centímetros por encima de la clavícula izquierda, medial al músculo esternocleidomastoideo. Se procede a la disección de tejidos entre la arteria carótida y la tráquea. La palpación de la SNG permite la exposición del esófago. Tras realizar una incisión en el esófago hacia la SNG, ésta puede ser extraída y colocado el tubo de esofagostomía. Es preciso comprobar el emplazamiento gástrico del tubo y fijarlo con unos puntos de sutura.

El tubo de esofagostomía puede ser fácilmente ocultado bajo la ropa y permite una liberación del disconfort, complicaciones y limitaciones sociales de una SNG. El tubo precisa pocos cuidados, no impide el alta hospitalaria, es compatible con ingestión de líquidos para la satisfacción oral y puede ser cambiado sin dificultad.

Un trabajo reciente con 35 pacientes (Har-el 1999) reveló que no se produjeron complicaciones mayores y solamente 3 pacientes presentaron complicaciones menores. La

mayoría de los pacientes precisaron la sonda de esofagostomía entre 4 y 60 días (mediana de 9 días). Resultados similares en relación a la baja frecuencia de complicaciones han sido descritas en otros trabajos (Balkany 1980 y English 1970).

Los autores opinan que debido a la mínima invasividad de la técnica y el breve periodo de recuperación, ésta debería contribuir al disfrute de cualquier periodo de vida restante. Así mismo manifiestan que pacientes bien seleccionados, incluso con expectativa de vida muy corta, podrían beneficiarse de procedimientos quirúrgicos paliativos.

Comentario

La técnica descrita es interesante, aunque hay que tener en cuenta que el término "mínimamente invasivo" tiene un sentido estrictamente "quirúrgico", como es lógico, y no "psico-emocional", cuyo impacto podría llegar a ser considerable. También habría que valorar cuidadosamente la indicación de la técnica con medianas de supervivencia por la enfermedad de base de 9 días.

El artículo finaliza citando una revisión sobre procedimientos quirúrgicos paliativos (Easson et al. 2001) en la que no se cita la esofagostomía cervical, lo que lleva a los autores a la conclusión de que se trata de una técnica paliativa infrutilizada. Podría sacarse también la conclusión opuesta y es que la esofagostomía cervical no es considerada una técnica quirúrgica paliativa a utilizar.

Journal of Palliative Medicine

Revisor: José Centeno Mattern, 03-06-2004
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

Cómo valoran y manejan la depresión los médicos de medicina paliativa

Lawrie I, Lloyd-Williams M, Taylor F. How do palliative medicine physicians assess and manage depression. Palliative Medicine 2004; 18: 234-238

Aunque la depresión se presenta aproximadamente en el 25% de los pacientes paliativos, con frecuencia no se diagnostica ni se trata. Uno de los test de screening de depresión más empleados en oncología y cuidados paliativos es el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Con el objetivo de conocer cómo valoran y manejan la depresión médicos de cuidados paliativos y las dificultades que tienen, se envió un cuestionario al personal médico de todas las unidades de Cuidados Paliativos de Reino Unido.

Se obtuvo respuesta del 63% (134) de los 213 cuestionarios enviados. El 73% de los médicos valoraba

los síntomas depresivos rutinariamente. El 50% (69) no usaba test de screening, el 27% empleaban el HADS, el 10% la pregunta "¿está deprimido?", y el 7% el Edinburgh Depression Scale (EPDS). Los síntomas considerados más útiles para identificar la depresión fueron el ánimo bajo (78%), la desesperanza (56%), la baja autoestima (50%) y la pérdida de energía (42%). El 75% prescribían ISRS, el 25% antidepressivos tricíclicos y sólo un 6% psicoestimulantes. El 35% empleaban aromaterapia y el 8% counselling. La mitad encontraba dificultades en la coordinación con psiquiatría y el problema más frecuente era el tiempo de espera. Dos tercios consideraba la depresión como un problema de difícil manejo, y un tercio tenía dificultades en la elección del fármaco según la expectativa de vida.

Los autores concluyen en la necesidad del aprendizaje de la valoración y manejo de la depresión en Cuidados Paliativos tanto en la etapa de formación como en la profesional.

Comentario

El estudio muestra cómo cerca del 75% de los encuestados, aunque no todos, valoran los síntomas depresivos de forma habitual, lo cual es positivo. Aunque la mitad de los encuestados no emplea ningún test, llama la atención que en la valoración de síntomas no aparezca la anhedonia, síntoma primordial en el HADS, y sin embargo, sí den importancia a la pérdida de energía, que puede ser debida a la propia enfermedad avanzada. Dada la repercusión de la depresión en nuestros pacientes resulta necesaria también la formación en su diagnóstico y tratamiento, ya que no siempre se tiene fácil acceso a psiquiatría y que la depresión siempre forme parte de la valoración de síntomas habitual.

Palliative Medicine

Revisor: Ana de Santiago Ruiz, 11-07-2004
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

Un estudio retrospectivo de la asociación entre parámetros hematológicos y bioquímicos y la intolerancia a morfina en pacientes con dolor oncológico.

Riley J, Ross JR, Rutter D, Sheh S, Gwilliam B, Wells AU, Welsh K. A retrospective study in the association between haematological and biochemical parameters and morphine intolerance in patients with cancer pain. Pall Med 2004; 18: 19-24

La morfina es el opioide de elección en el dolor moderado o severo por cáncer. Entre el 10 y el 30 % de los pacientes tratados con morfina oral no alcanzan analgesia adecuada o desarrollan efectos adversos intolerables.

Se estudiaron retrospectivamente dos grupos de pacientes

con enfermedad oncológica avanzada con el objetivo de identificar algún factor que sirviera para predecir la intolerancia a morfina. Un grupo control con dolor controlado con morfina (100 pacientes), y el grupo de los "rotantes" que habían sido rotados a otro opioide (77 pacientes). La causa más frecuente de la rotación era el mal control del dolor y la presencia de efectos adversos intolerables. Se recogieron datos de la hematología y bioquímica (función renal y hepática, albúmina e iones) en ambos grupos.

El análisis univariante mostró diferencias significativas entre ambos grupos en la edad ($p=0,03$), leucocitos ($p=0,002$), plaquetas ($p=0,003$), albúmina sérica ($p=0,03$). Se obtuvieron como predictores de la rotación de opioides: la edad (punto de corte 78 años, $p<0,003$), los leucocitos (punto de corte 7×10^9 mmol/l, $p<0,003$) y las plaquetas (punto de corte 210×10^9 mmol/l, $p<0,015$). La insuficiencia renal o hepática severa también era de los factores predictores más importantes. Los "rotantes" tenían niveles más bajos de albúmina sérica y más altos de GPT ($p<0,03$).

El estudio concluye que el recuento de leucocitos ($>7 \times 10^9$ mmol/l), de plaquetas ($>210 \times 10^9$ mmol/l), la edad (>78 años) e insuficiencia renal o hepática (Desviación típica sobre la media >2) están asociados a mayor riesgo de intolerancia a la morfina.

Comentario

El estudio presenta algunas limitaciones, que señalan también sus autores, como el asumir que la rotación de opioides implicaba intolerancia a morfina, cuando no era así en todos los casos; o que en algunos pacientes se realizara el análisis antes de la rotación y en otros después. En cualquier caso, a pesar de las limitaciones, este estudio permite lanzar una hipótesis sobre posibles factores relacionados con la intolerancia a morfina en pacientes con enfermedad oncológica avanzada, un problema importante en el manejo del dolor oncológico, y supone una aportación interesante para la realización de estudios posteriores.

Palliative Medicine

Revisor: Ana de Santiago Ruiz, 12-07-2004
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

Manejo de la hidratación en el final de la vida

Lanuke K, Fainsinger RL, deMoissac D. Hydration Management at the End of Life. J Palliat Med. 2004 Abr;7(2):257-263.

El presente estudio descriptivo retrospectivo aborda la práctica habitual de la hidratación en 3 ámbitos diferentes: una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y un hospital de agudos dividido en 2 grupos, uno con asesoramiento tras

interconsulta de la Unidad de Cuidados Paliativos (HA-CP) y otro sin asesoramiento de la misma (HA-NoCP). Para ello se reclutaron 50 pacientes de cada una de las 3 procedencias. En total se introdujeron en el estudio 150 pacientes. Se estudió el volumen de hidratación, la vía utilizada y el uso de diuréticos durante la última semana de vida. La cuantificación del uso de diuréticos se utilizó como medida indirecta de complicaciones de sobrehidratación, tales como edema de extremidades, edema pulmonar o ascitis.

La mayoría de los pacientes recibieron hidratación parenteral. El volumen de hidratación en la UCP fue significativamente menor que en los otros 2 grupos del hospital de agudos. El grupo HA-CP presentó una tendencia a utilizar menores volúmenes de hidratación en comparación con el grupo HA-NoCP. El volumen medio diario en cada grupo fue el siguiente: 1253 mL en la UCP, 1711 mL en el HA-CP y 2024 mL en el HA-NoCP. En todos los pacientes de la UCP se utilizó la vía subcutánea, en casi todos los pacientes del HA-NoCP se utilizó la vía intravenosa y en el HA-CP se utilizó la vía subcutánea en un tercio de los pacientes y la vía intravenosa en los dos tercios restantes. El grupo HA-NoCP presentó el porcentaje más elevado de pacientes que fueron tratados con diuréticos, mientras que el grupo UCP presentó el porcentaje menor. A raíz de este último dato los autores comentan la posibilidad de que un mayor número de pacientes en el grupo HA-NoCP pudiera haber sido sobrehidratado y haber desarrollado complicaciones al respecto.

Comentario

Los hallazgos de este estudio, realizado por el prestigioso grupo de Edmonton, en relación a la vía y al volumen de hidratación son claros. Menos convincente, aunque muy sugerente, es la utilización de diuréticos como indicador de una posible sobrehidratación. Hay que destacar la claridad con la que los autores exponen las limitaciones de su estudio. Estas consisten en primer lugar en la dificultad para determinar relaciones de causalidad en los estudios retrospectivos. Un factor añadido es la diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con una mayor prevalencia de patología no oncológica en el grupo HA-NoCP. Como principal conclusión, este estudio demuestra que la hidratación de pacientes al final de la vida se realiza de forma diferente en distintos ámbitos sanitarios. El establecimiento de una relación de causalidad entre volúmenes altos de hidratación y complicaciones por sobrehidratación precisará estudios prospectivos diseñados con esta finalidad.

Journal of Palliative Medicine

Revisor: José Centeno Mattern, 27-07-2004
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

El paracetamol mejora el control del dolor y la sensación de bienestar en pacientes con cáncer avanzado que se encuentran recibiendo opioides fuertes: estudio aleatorizado cruzado doble ciego controlado con placebo.

Stockler M, Vardy J, Pillai A, Warr D. Acetaminophen (paracetamol) improves pain and well-being in people with advanced cancer already receiving a strong opioid regimen: a randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over trial. J Clin Oncol. 2004 Aug 15;22(16):3389-94.

La razón para añadir paracetamol en los esquemas de analgesia que incluyen opioides fuertes es la de intentar mejorar la relación entre eficacia y toxicidad. En este ensayo aleatorizado y cruzado se registraron 34 enfermos con cáncer avanzado y dolor (no neuropático), de los que se analizaron 30. Todos se encontraban en tratamiento con opioides fuertes (principalmente morfina oral, con una mediana de dosis equivalente de 200 mg/día); diez pacientes recibían AINEs de manera simultánea y 12 quimioterapia paliativa. 16 enfermos entraron en el brazo correspondiente a paracetamol (1 gramo cada 4 horas, respetando el sueño, durante dos días) y luego placebo (en la misma dosificación y tiempo), y 14 enfermos en el de placebo de inicio y luego paracetamol. La intensidad del dolor inicial era de 4 sobre 10 (escala visual numérica). Tras los dos días de tratamiento se apreció en los enfermos con paracetamol una mejoría en el control del dolor de 0,4 sobre 10 (escala visual numérica) ($p = 0,03$). Una mejoría similar, de 0,7 sobre 10 (escala visual analógica) ($p = 0,05$), se apreció también en la sensación de bienestar. No se encontraron diferencias relevantes entre paracetamol y placebo en cuanto a efectos secundarios.

Comentario

Se trata de un estudio muy breve y con un número reducido de enfermos y con diferencias en sus características (en cuanto al empleo de quimioterapia paliativa, AINEs, intensidad del dolor...). Aun así el diseño cruzado y el uso de placebo sí que dan fuerza a los resultados. Las diferencias en cuanto al control del dolor no tienen una significación estadística importante (también por el escaso número de pacientes) y su magnitud no parece de excesivamente relevante a primera vista: sólo medio punto en una escala de cero a diez. Pero si se tiene en cuenta que la mediana de intensidad de dolor era de sólo cuatro sobre diez la mejoría de sólo medio punto gana en importancia relativa. En resumen, parece que en enfermos con cáncer avanzado que reciben opioides fuertes el empleo simultáneo de paracetamol ayuda a controlar el dolor sin aumentar los efectos secundarios.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 19-08-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Provisión de cuidados paliativos y oncológicos en las áreas rurales. Revisión de las necesidades de los pacientes y cuidadores.

Hughes PM, Ingleton MC, Noble B, Clark D. Providing cancer and palliative care in rural areas: a review of patient and carer needs. J Palliat Care; 2004 (1):44-49

Introducción:

Se introduce el artículo hablando de las diferencias sociales entre los pacientes y cuidadores de las áreas rurales y urbanas, y de las diferencias relativas a los profesionales de ambas ubicaciones.

Se diseñó una revisión basada en la literatura, partiendo de las bases de datos Medline y Cinahl, con la siguiente pregunta: "¿Qué necesidades de pacientes y cuidadores se han detectado en los cuidados paliativos u oncológicos en las áreas rurales y urbanas?"

Se tomaron como áreas rurales las definidas como tales por cada autor, y no se tuvieron en cuenta parámetros más comunes en el ámbito rural, como la densidad poblacional o la distancia a los servicios especializados.

Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos originales referenciados en Medline o Cinahl, entre 1985 y 2000, con las palabras clave: "Palliative Care, Terminal Care, Remote, Cancer y rural", además se buscó de forma manual en varias revistas específicas de cuidados paliativos.

Resultados:

La búsqueda produjo 72 resultados, de los que 20 cumplían los criterios de inclusión establecidos (escritos en inglés, trabajos originales, etc)

Once artículos hablaban de las necesidades de los pacientes y cuidadores. Sullivan, explorando entre las necesidades, en uno de los estudios, detecta necesidades específicas del entorno rural en el afrontamiento, conocimiento, apoyo, relaciones interpersonales, efecto del tratamiento, opinión sobre la vida y varios aspectos emocionales. No se comparan en este caso con las necesidades en el contexto urbano, pero se hace referencia a otros trabajos en los que factores como dificultades en el acceso a los recursos potencian la importancia del autocuidado.

Burman realiza un estudio similar, con encuestas a pacientes y familiares de áreas rurales, pero igualmente sin grupo urbano control. Encuentra que las mujeres tienen más necesidades emocionales, y que los pacientes manifiestan mayor aislamiento que los cuidadores.

En un estudio de White basado en diagnósticos de enfermería, la principal necesidad detectada fue la de información.

Winstead-Fry repite en el área rural un estudio de calidad de vida previamente hecho en el área urbana. En terminos generales defiende que ambos grupos eran similares, aunque había diferencias en algunos ítems.

El mismo autor, en otro trabajo, encuentra que en el terreno rural es importante un buen cuidado físico, conocer cuándo llamar al médico o tener una buena organización, sin

embargo, en el urbano parece existir cierto rechazo a la ayuda profesional.

Otros estudios revisados, redundan principalmente en la dificultad de acceso a los recursos como principal problema. Nueve estudios revisan servicios que proveen CP o preferencias ante el lugar de la muerte. En ellos, aunque no es el objetivo principal, se revisan también las necesidades; por ejemplo, uno de ellos detecta la necesidad de cuidados de enfermería en el domicilio como prioridad.

Un trabajo que revisó los motivos de ingreso en una institución, detectó necesidades no cubiertas, como un incompleto control de síntomas o una información incompleta. Éste es uno de los pocos autores que defiende una ligera desventaja de los pacientes rurales frente a los urbanos en la fase final de su enfermedad.

En resumen, los factores emocionales fueron los más referenciados; y de forma más específica, la necesidad de cuidados de enfermería en el domicilio.

Discusión:

Partiendo de que el método se ha adaptado a una pregunta tan amplia y debido a la diversidad y poca calidad de los estudios, no pueden darse resultados de evidencia, sino establecer simples consideraciones.

Los estudios más serios son los que repiten trabajos previos realizados en el entorno urbano, y los aplican ahora en el rural; y en ellos es en los que, justamente, se aprecian diferencias muy pequeñas entre ambos grupos.

Otros estudios hacen referencia especial a la sobrecarga del cuidador, encontrando que los habitantes rurales padecen cargas adicionales que no están bien solucionadas por los profesionales. Otras necesidades especiales revisadas han sido la información y la carga especial derivada de la distancia.

Conclusión:

La distancia geográfica, la necesidad de información y la carga especial para cuidadores inexpertos han sido las necesidades más valoradas. Sin embargo los estudios que han comparado ambos entornos, no han encontrado realmente grandes diferencias. Podría sugerirse que los habitantes de las áreas rurales o remotas tienen especiales necesidades derivadas de la falta de apoyo profesional provisto localmente, y la necesidad de viajar largas distancias para acceder al tratamiento especializado.

Comentario

Esta búsqueda, que tiene como objetivo encontrar diferencias entre el entorno rural y urbano, no distingue entre los aspectos relacionados con el cáncer (en sus diferentes fases) y los cuidados paliativos. Este detalle es importante a la hora de encontrar diferencias, ya que así como en cuidados paliativos es una prioridad establecer servicios cercanos al paciente, en su propio domicilio a ser posible, en el tratamiento del cáncer el tratamiento domiciliario es mucho menos posible.

En el método utilizado, la pregunta es demasiado amplia y los criterios de búsqueda también.

Lo mejor del artículo son las tablas de revisión que aporta, y que aclaran algo los diferentes puntos de vista sobre las necesidades en los entornos rural y urbano.

Suficiente en este caso, ya que las revisiones bibliográficas sistemáticas en cuidados paliativos son difíciles de realizar, dado lo heterogéneo de las publicaciones existentes.

Journal of Palliative Care

Revisor: Javier Rocafort Gil, 14-08-2004

Programa regional de Cuidados Paliativos. Servicio Extremeño de Salud.

Estado de la formación pregrado en Medicina Paliativa en Canadá. Estudio del año 2001.

Oneschuk D, Moloughney B, Jones-McLean E, Challis A. The status of undergraduate palliative medicine education in Canada: a 2001 survey. J Palliat Care; 2004 (1):32-37.

Introducción: Aunque ya se ha publicado la importancia de la educación pregrado para mejorar las actitudes de los profesionales con los pacientes, desafortunadamente, en Canadá, la formación del pregrado en medicina paliativa está limitada, con un horario variable, o ausente en algunas universidades y falta de consistencia de los currículum.

Se diseñó un estudio para conocer la situación, con la particularidad, frente a otros estudios previos, de identificar las barreras y solicitar recomendaciones para la mejora del plan de estudios.

Método: Se realizó una primera encuesta entre los asistentes a una reunión del comité de formación pregrado de la sociedad canadiense de médicos de cuidados paliativos, a finales de 2001. Los encuestados fueron los coordinadores de cuidados paliativos de cada universidad. Para completar y clarificar el trabajo, se añadió una segunda encuesta en primavera de 2002. Las preguntas del estudio se referían a la infraestructura de los programas, contenido del currículo, evaluaciones, barreras y recomendaciones propuestas.

Resultados: El 100% de los encuestados (representando a 16 universidades) respondieron a la totalidad de ambas encuestas.

La mayor parte de las universidades (hasta un 75% en el segundo año) incluían la enseñanza de los cuidados paliativos durante la primera parte de la carrera (preclínica). De las que incluían esta formación, la mitad lo hacían de forma asociada a otra asignatura, y la otra mitad como una asignatura independiente.

La formación práctica era muy variable. Solamente 2 universidades obligaban a realizar una rotación por un servicio clínico de cuidados paliativos, 11 la consideraban como electiva y 3 no ofrecían formación práctica.

La duración de la enseñanza también variaba, entre 3 y 22 horas, con una media de 11 horas.

Doce universidades definían objetivos claros, y la mayor parte de la enseñanza era impartida por profesionales de

cuidados paliativos, aunque en algunos casos la impartían profesionales de otras especialidades, especialmente médicos de familia.

Más del 50% de las universidades coincidían en los principales temas tratados: dolor, comunicación, náuseas y vómitos, ética, trabajo en equipo y muerte.

El formato de enseñanza en 12 universidades era mixto, intercalando lecciones con resolución de casos en pequeños grupos.

Más de la mitad de las facultades tenían una división o departamento de cuidados paliativos, aunque el número de profesionales con tiempo académico protegido era escaso. Sin embargo, muchos de los encuestados referían que existía personal suficiente para enseñar cuidados paliativos. La forma de examinar era muy heterogénea, e incluso no existía en 6 de las 16 universidades.

Las barreras encontradas fueron: Pocas horas de enseñanza, competencia entre especialidades, falta de planificación integrada, necesidad de financiación para soportar los cambios, falta de personal con tiempo suficiente para enseñar, falta de soporte de la universidad y perfil bajo en general al compararlo con otras especialidades.

Por ello, los encuestados propusieron una serie de medidas de mejora, en los capítulos de aumento de la enseñanza de cuidados paliativos, desarrollo del currículum, evaluación, facultativos docentes e infraestructura.

Discusión: Se comparan algunos resultados con un estudio previo de 1997, encontrando resultados muy parecidos, excepto en el número de horas, que entonces era de 6 horas como promedio.

Se revisan estudios similares realizados en EEUU, Reino Unido, Irlanda y Australia, con resultados diferentes. Por ejemplo, en EEUU la mejora entre 1975 y 2000 ha sido lenta, aunque la situación parece algo mejor que la de Canadá. En el Reino Unido ya se puede comprobar una media de 20 horas docentes en cada universidad.

A la vista de los resultados del estudio, y de las mejoras sugeridas, el comité está trabajando en un plan estratégico, comenzando con la escritura de la misión, visión, objetivos y plazos.

Finalmente, los autores ponen de manifiesto las limitaciones de este estudio.

Comentario

Parece un estudio muy representativo de la situación de la formación pregrado de Canadá. No tanto por la encuesta realizada, como por la calidad de los encuestados, realmente representativos de la realidad universitaria canadiense.

Al final, se mezcla un estudio cuantitativo que recoge los resultados de la encuesta, con otro cualitativo, de grupo nominal, que muestra las barreras y propone mejoras.

El resultado es una aproximación útil a la situación real.

Journal of Palliative Care

Revisor: Javier Rocafort Gil, 14-08-2004

Programa regional de Cuidados Paliativos. Servicio Extremeño de Salud.

Gabapentina en el dolor oncológico de tipo neuropático: estudio aleatorizado del Gabapentin Cancer Pain Study Group.

Caraceni A, Zecca E, Bonezzi C, Arcuri E, Yaya Tur R, Maltoni M, Visentin M, Gorni G, Martini C, Tirelli W, Barbieri M, De Conno F. Gabapentin for neuropathic cancer pain: a randomized controlled trial from the Gabapentin Cancer Pain Study Group. J Clin Oncol 2004. 15;22(14):2909-17.

Los opioides y los "coadyuvantes" son el eje del tratamiento del dolor oncológico neuropático. Pero hay pocos estudios que evalúen directamente la eficacia de estos fármacos. En este estudio aleatorizado se valora la gabapentina (en comparación con placebo) en el dolor oncológico neuropático en pacientes con tratamiento opioide. Se incluyen enfermos con un síndrome doloroso con componente neuropático (quemante, lancinante, disestesia y/o alodinia) de intensidad > 5 (escala numérica 0-10) a pesar de estar recibiendo opioides en dosis máximas tolerables (media: 100-120 mg/d de morfina oral). Los estudios de imagen debían confirmar la presencia de compresión o infiltración tumoral de estructuras nerviosas que justificase el síndrome doloroso. La dosis diaria de gabapentina en los diez días de duración del estudio comenzaba en 600 mg y podía alcanzar los 1800 mg. Iniciaron el estudio 120 pacientes y lo completaron 89 (74%). En relación con el placebo, con gabapentina se redujo la intensidad media del dolor (4,6 vs. 5,4; $p = 0,02$) y de las disestesias (4,3 vs. 5,2; $p = 0,007$), si bien el promedio de dolor inicial era más severo en los enfermos con placebo (7,7 vs. 7,0). No se apreciaron diferencias significativas en la intensidad del dolor quemante o lancinante ni en cuanto a la presencia de alodinia. Los enfermos con gabapentina alcanzaron antes lo que los autores consideraban una reducción clínicamente relevante (es decir, de al menos un tercio) de la intensidad inicial del dolor (mediana: 3 vs. 5 días) y precisaron menos dosis de rescate con opioides. Salvo episodios de somnolencia o mareos, no se encontró un aumento significativo de la toxicidad achacable específicamente a la gabapentina. Además, la proporción de enfermos que abandonaron el estudio por intolerancia fue similar en los dos brazos del ensayo.

Comentario

Las dosis de gabapentina que se emplean en este estudio son moderadas (600-1800 mg/d) y consiguen cierta eficacia con escasos efectos secundarios. Sin embargo esta actividad es relativamente limitada. Así, en estos enfermos con un dolor superior a cinco (en una escala 0-10) la reducción media de la intensidad del dolor debida a gabapentina (en comparación con placebo) es inferior a un punto, es decir, está por debajo de ese 33% de reducción que los propios autores consideran clínicamente relevante. Además, esta eficacia parece centrarse en las disestesias

(sensación de pinchazos, de frío, de acorchamiento o de tensión) y no en los otros componentes del dolor neuropático, a veces muy incapacitantes. En resumen: la gabapentina es eficaz en el dolor oncológico neuropático (parcialmente) resistente a opioides. Y es el único fármaco que lo ha demostrado con este nivel de evidencia. Pero su actividad es escasa y parece limitarse a las disestesias.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 25-08-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Efectividad del canabinoide dronabinol en el dolor central en esclerosis múltiple.

Svensden KB, Jensen TS, Bach FW. Does the cannabinoid dronabinol reduce central pain in multiple sclerosis? Randomised double blind placebo controlled crossover trial. BMJ. 2004 Jul 31;329(7460):253.

Ensayo clínico aleatorizado, cruzado, doble ciego controlado con placebo en el que se valora la efectividad de dronabinol (canabinoide sintético) en el tratamiento del dolor neuropático central en pacientes con esclerosis múltiple, realizado en el Hospital Universitario de Aarhus (Dinamarca). Se incluyeron un total de 24 pacientes con edades comprendidas entre 23 y 55 años con esclerosis múltiple y dolor neuropático tipo central. Se administró dronabinol a una dosis máxima de 10 mg/día o placebo durante un período de tres semanas, separados entre sí por un periodo de lavado ("washout period") también de tres semanas.

Mediante una escala numérica, se valoró la mediana de dolor espontáneo durante la última semana de tratamiento. La mediana del dolor espontáneo cuando se recibió dronabinol, fue sensiblemente inferior que cuando el tratamiento era placebo [4,0 (cuartiles 25%-75% 2,3 a 6,0) vs 5,0 (4,0 a 6,4)], respectivamente, con una $p=0,02$. La mediana del alivio del dolor fue superior también en el grupo tratado con dronabinol [3,0 (de 0 a 6,7) vs 0,0 (de 0 a 2,3)] con $p=0,035$.

El NNT (Number Need to Treat) para conseguir un alivio del dolor del 50% fue de 3,5.

Asimismo, se realizó un estudio sobre la calidad de vida de los pacientes (SF-36) mientras estaban sometidos a este ensayo clínico y se obtuvo que dos parámetros (dolor corporal y salud mental) obtenían mayores puntuaciones en el grupo tratado con el fármaco que en el grupo tratado con placebo.

El número de pacientes con efectos adversos fue mayor cuando recibían dronabinol y mayormente durante la primera semana de tratamiento.

Comentario

Los pacientes con esclerosis múltiple presentan dolor neuropático tipo central en aproximadamente un 33% de los casos. Diversos estudios han mostrado como los canabinoides presentan efecto analgésico en las variedades de alodinia e hiperalgesia de dolor neuropático aunque los mecanismos no están bien definidos.

Los autores concluyen que dronabinol reduce el dolor neuropático central en el grupo de pacientes con esclerosis múltiple, así como también mejoran aspectos de la calidad de vida. Los efectos secundarios que aparecieron fueron tolerados y ningún paciente abandonó el ensayo clínico por este motivo.

Comentar que los autores no hicieron distinción alguna entre los diferentes subtipos de dolor neuropático (alodinia, hiperalgesia, hiperestesia, parestesia, ...) que presentaban los pacientes, de manera que los resultados obtenidos pueden no reflejar sobre qué tipo de dolor neuropático puede ser más o menos eficaz el tratamiento con dronabinol.

Otras revistas

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 29-08-2004
UCP Hospital jaume d'Urgell

Masaje para el control de síntomas: estudio de los resultados en un Centro Oncológico de referencia.

Cassileth BR, Vickers AJ. Massage therapy for symptom control: outcome study at a major Cancer Center. J Pain Symptom Manage 2004; 28: 244-249.

El masaje (con aromaterapia) es una que ayuda al control de síntomas del enfermo oncológico. En este estudio se analizan los resultados que se obtienen en un Centro Oncológico de referencia (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York) con tres técnicas de masaje: la estándar ("técnica sueca"), la de toques suaves y la de masaje en los pies. Se llevaron a cabo sesiones de 20 minutos para enfermos ingresados y de 60 minutos para los ambulatorios. Antes y después de estas sesiones se facilitó a cada paciente una tarjeta donde apuntar en una escala numérica (0-10) la intensidad de los síntomas: dolor, astenia, ansiedad, náusea, desánimo y otros, refiriendo cuál de todos era su síntoma principal en ese momento. Se obtuvieron datos del resultado tras el tratamiento en 3359 de 3609 sesiones (93%). Los síntomas más frecuentes fueron ansiedad (31%), dolor (28%) y astenia (24%). La intensidad de estos síntomas se redujo entre un 20% (náuseas) y un 50% (ansiedad), si bien, en general, parece que en cada paciente, el que obtuvo un mayor beneficio fue su síntoma principal. Al evaluar sólo los síntomas moderados o severos la reducción de la intensidad fue más evidente, entre el 40% y el 60%. Los pacientes ambulatorios obtuvieron un beneficio discretamente mayor y más prolongado que los ingresados. De las técnicas de masaje, los mejores resultados correspondieron a la "técnica sueca" y a la de toques suaves. Los resultados y el beneficio del masaje se repitieron en cada sesión en los pacientes que

recibieron más de una.

Comentario

El masaje es una técnica eficaz en el control de síntomas en el enfermo oncológico. Los que se analizan en este estudio no corresponden a lo que entendemos por enfermo terminal (sólo uno de cada cuatro refería dolor). Y, además, el beneficio puede estar sesgado por el propio diseño y por el efecto de apoyo psicológico que se recibe en cada sesión y que puede ayudar a controlar la ansiedad, el dolor, la náusea o el desánimo... Aun así, sí que parece que el masaje es una buena ayuda (otro "coadyuvante") en el control de síntomas, también del dolor. Y pueden ser muchos los enfermos que se beneficien de él si se les puede facilitar.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 31-08-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Las transfusiones de concentrados de hematíes en Unidades de Cuidados Paliativos, ¿siguen siendo una buena alternativa o es mejor que la anemia en relación con el cáncer se trate con eritropoyetina?

Tanneberger S, Melilli G, Strocchi E, Frenquelli C, Pannuti QF. Use of red blood cell transfusion in palliative care services: is it still up to date or is cancer-related anaemia controlled better with erythropoietic agents? Ann Oncol 2004; 15: 839-840.

Los autores presentan su experiencia en el tratamiento de la anemia sintomática en una Unidad de Cuidados Paliativos domiciliaria con transfusiones de concentrados de hematíes. Se evalúan 112 enfermos oncológicos avanzados (mediana de supervivencia: tres meses) con una concentración media de hemoglobina de 7,1 g/dl, a los que fue preciso transfundir, de promedio, cerca de 4 unidades de concentrados de hematíes por paciente. Dos de cada tres pacientes refirieron mejoría en la sensación de bienestar. Los síntomas en que se encontró una mejoría más relevante fueron la astenia, el estado de ánimo y el ritmo del sueño. Esta mejoría se mantuvo, de promedio, de dos a tres semanas tras la transfusión. Al analizar en conjunto su experiencia en 1473 casos de transfusiones de concentrados de hematíes en el domicilio no encontraron reacciones graves como hemólisis o infecciones. Sólo en el 6% de los casos se apreciaron reacciones de tipo inmunológico leve. Menos del 10% de los enfermos padeció molestias debidas a la transfusión y menos del 20% refirió miedo a tener que volver a ser transfundido.

Comentario

La eritropoyetina es eficaz en una proporción importante de los casos de anemia del paciente oncológico. Si bien esta eficacia está limitada por su coste y por su demora (de semanas e, incluso, meses) hasta alcanzar el efecto máximo. Los autores presentan sus resultados en cuanto a la eficacia de las transfusiones de concentrados de hematíes en enfermos terminales, unos resultados que parecen concordar con lo que es la experiencia común. Y que son similares a los de otro estudio previo, al que se refieren los autores, con 246 enfermos terminales en situación más avanzada (mediana de supervivencia: 1,5 meses) en el que se encontró una mejoría del bienestar tras la transfusión en uno de cada dos pacientes. Como señalan los autores, en pacientes con cáncer avanzado no hay evidencia de que, en relación con la transfusiones de concentrados de hematíes, el empleo de eritropoyetina mejore la proporción de pacientes que refieren mejoría de su estado general, o la celeridad y la duración de esta mejoría.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 02-09-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid