

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



19ª Entrega. Noviembre 2004

INDICE

Articulo	Pag.
Informar sobre el final del tratamiento antitumoral y el paso a Cuidados Paliativos.	1
El tratamiento de las otras enfermedades del paciente en situación terminal.	1
El dolor en los pacientes con cáncer de pulmón; revisión de su prevalencia, causas y fisiopatología.	2
Braquiterapia en dosis única en comparación con endoprótesis autoexpandible metálica para paliar la disfagia producida por cáncer de esófago: estudio multicéntrico aleatorizado.	2
Sedación por sufrimiento psicológico-existencial en enfermos oncológicos en situación terminal.	3
Factores relacionados con el sangrado digestivo en pacientes en domicilio	3
Infusión de Difosfonatos: Preferencias de los pacientes, seguridad y utilidad clínica.	4
Toma de decisiones en el momento crítico en que la muerte está cerca.	4
Afrontamiento protector: una teoría fundamentada de las interacciones educativas en cuidados paliativos de enfermería	5
Trastornos del sueño en pacientes con cáncer avanzado: prevalencia y factores asociados.	5
Optimizar el tratamiento opioide para prevenir el dolor incidental debido a metástasis óseas.	6
Información relativa al cáncer en diferentes contextos culturales	6
Prurito en un paciente con cáncer tratado con éxito mediante infusión continua de granisetron.	7
Síntomas de los enfermos oncológicos en Cuidados Paliativos: validación del contenido de los cuestionarios de autoevaluación en comparación con la historia clínica.	7
Utilización de terapia física en una Unidad de Cuidados Paliativos.	8
Resultados de un ensayo prospectivo fase III con asignación aleatoria sobre calidad de vida con docetaxel en comparación con el mejor tratamiento de soporte en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico tratados previamente con esquemas de quimioterapia	8
Carga de síntomas en la última semana de vida.	9
Titulación de opioides en el dolor oncológico severo: una revisión sistemática basada en la evidencia	9
Metadona en el tratamiento del dolor por cáncer: experiencia del Hospital Los Montalvos, Salamanca	10
La experiencia de la participación de la familia de enfermos de cáncer en la investigación	11

Informar sobre el final del tratamiento antitumoral y el paso a Cuidados Paliativos.

Morita T, Akechi T, Kizawa Y, Kohara H, Mukaiyama T, Nakaho T, Nakashima N, Shima Y, Matsubara T, Fujimori M, Uchitomi Y. Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. Ann Oncol 2004; 15: 1551-1557.

Informar sobre el final del tratamiento antitumoral y el paso a Cuidados Paliativos es una de las tareas más difíciles de los oncólogos porque al paciente se le cierran parte de sus opciones de luchar por salir adelante. En este estudio, llevado a cabo en Japón, se evalúa el sufrimiento emocional (distress) de los familiares de los enfermos oncológicos a los que se informó sobre el final del tratamiento oncológico. Se envió un cuestionario (con respuestas categóricas) a 510 familiares evaluables de pacientes fallecidos que habían sido atendidos en Unidades de Cuidados Paliativos. Se obtuvo respuesta de 318 casos (62%). En el 70% de las familias y el 73% de los pacientes (según el recuerdo de sus familiares) la información sobre el final del tratamiento oncológico específico se asoció a un sufrimiento emocional moderado o importante. Se encontró que este sufrimiento emocional era mayor en mujeres jóvenes y en los que percibieron que el médico transmitía que "ya no podía hacer más por el paciente", que no procuraba mostrar empatía con los familiares y que aventuraba plazos concretos en el pronóstico vital del paciente. Aun así, sólo el 19% de los familiares refería que hacía falta mejorar sensiblemente el modo de transmitir esta información. Esta reacción era más frecuente en los familiares con mayor sufrimiento emocional y se asociaba a la sensación de que el médico transmitía que "ya no podía hacer más" y a que la información no se había transmitido en el ambiente adecuado.

Comentario

Cualquier estudio sobre problemas psicosociales y de comunicación hay que valorarlo en su propio ambiente cultural. Y Japón no es España. Pero sí que es interesante ver el interés que empieza a aparecer por la "mala noticia" del final del tratamiento oncológico que hay que dar al paciente que ya conoce (o intuye) su enfermedad. Es el paciente que ha soportado los efectos secundarios del tratamiento por el beneficio clínico que le ha podido suponer y, sobre todo, porque ese tratamiento era, casi, su "última posibilidad" y con ello, su puerta a la esperanza y al futuro. Obviamente, dar una noticia así, si se hace de tal manera que se entienda, es casi imposible que no acarree un sufrimiento emocional importante. Además, los estudios retrospectivos con familiares de fallecidos pueden estar sesgados ya que a veces los que más se animan a participar son los que quieren reivindicar su sufrimiento, y para ello aprovechan hasta las respuestas de un cuestionario... Y pretenden también buscar un culpable de lo que pasó ("matar al mensajero"): "no se hizo de manera adecuada", "el médico no tuvo tacto", "¿cómo pudo decirle eso a mi padre...!". Aun así, siempre hay que intentar aprender. Y, con ello, mejorar el modo de dar esta información, tanto en la forma (el ambiente) como en el fondo (respetando, en lo

posible, la esperanza).

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 07-10-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

El tratamiento de las otras enfermedades del paciente en situación terminal.

Stevenson J, Abernethy AP, Miller C, Currow DC. Managing comorbidities in patients at the end of life. BMJ 2004; 329: 909-912.

En ocasiones es difícil decidir cuál debe ser la actitud ante las enfermedades y problemas crónicos que acompañan al enfermo en situación terminal. Es en estos enfermos con un pronóstico muy limitado por la progresión del cáncer y que, a la vez, reciben tratamiento por trastornos crónicos con poca relevancia actual (hipertensión, arritmia, dislipemia, osteoporosis, diabetes, etc.) en los que hay que decidir qué hacer: mantener el tratamiento de estos problemas, suspenderlo, reducirlo, esperar a que dé problemas... Todas las decisiones tienen ventajas e inconvenientes y la decisión final corresponde al médico que atiende al paciente. Hay varios factores que hay que evaluar a la hora de tomar esta decisión, cada una con su propio peso, peso que puede cambiar en cada paciente. 1. El pronóstico vital que viene definido por la progresión de su enfermedad más severa, normalmente el cáncer. 2. La posibilidad de un "efecto rebote" en problemas aparentemente controlados al retirar la medicación. 3. El riesgo real (en este enfermo) de padecer una complicación severa por sus diferentes problemas dentro de su escasa expectativa de vida y en qué se puede reducir este riesgo si se mantiene el tratamiento. 4. En qué medida la situación del paciente y la polifarmacia facilitan los efectos secundarios de los fármacos al alterar su metabolismo y favorecer las interacciones medicamentosas. 5. El riesgo de que el cambio en los fármacos que recibía "desde siempre" repercuta en el enfermo como un motivo de desconfianza al médico o como una manifestación de abandono, de "no compensa" porque la muerte está muy cerca o de perplejidad ante la inutilidad del esfuerzo de mantener tantos años un tratamiento al menos molesto.

Comentario

A todos nos ha sucedido ¡y más de una vez! tener que decidir qué hacer, si mantener o no el tratamiento de una enfermedad crónica en un enfermo en situación terminal. En este artículo se exponen y se argumentan los diversos factores que hay que tener en cuenta a la hora de tomar esta decisión. Pero no se dan soluciones "mágicas". Al contrario, lo que se hace es aportar argumentos clínicos y, a la vez, adentrarse en el modo de pensar, de entender y de reaccionar del paciente ante estos pequeños cambios: algo que podemos dar por supuesto pero que más de una vez

nos sorprende y que siempre hay que tener muy en cuenta. ¿Soluciones cerradas o indicaciones de manual?, no. Pero sí unas directrices que guíen la toma sensata de decisiones.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 15-10-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

El dolor en los pacientes con cáncer de pulmón; revisión de su prevalencia, causas y fisiopatología.

Potter J, Higginson IJ. Pain experienced by lung cancer patients: a review of prevalence, causes and pathophysiology. Lung Cancer 2004; 43: 247-257.

Los autores presentan una revisión sistemática (Medline, Cancerlit) sobre el dolor en enfermos con cáncer de pulmón. Los estudios analizados incluyen pacientes con características muy diversas en cuanto a estadio, edad, tratamiento... Aun así, se puede afirmar que uno de cada dos enfermos con cáncer de pulmón padece dolor. La prevalencia de este dolor oscila entre el 27%-36% en los enfermos ambulatorios (probablemente recién diagnosticados), el 65% en los que son tratados en Centros Oncológicos específicos y hasta el 76% en Unidades de Cuidados Paliativos. Uno de cada cuatro refiere este dolor como severo, si bien esta proporción se incrementa en los que tienen tumores más avanzados. En general, el dolor es uno de los tres síntomas más frecuentes y que más incapacita a estos pacientes. El origen del dolor es el propio dolor en cerca del 75% de los casos y el tratamiento oncológico en el 10% (otras causas: 15%). Con frecuencia se trata de un dolor múltiple, especialmente en los enfermos más avanzados; en líneas generales, dos de cada tres enfermos con dolor lo refieren en el tórax y uno de cada tres, lumbar. El tipo de dolor más frecuente es el mixto. Aunque el componente principal es el somático, cerca de uno de cada tres enfermos refieren un dolor fundamentalmente neuropático. Las variables que se asociaron a una mayor probabilidad de padecer dolor en pacientes con cáncer de pulmón fueron el estadio tumoral avanzado y la edad más joven (por debajo de 40 años).

Comentario

Este estudio intenta abarcar el dolor en el amplio espectro del cáncer de pulmón. Esta "amplitud de miras" es también su gran limitación ya que le obliga a incluir en un mismo análisis a enfermos con unas características muy heterogéneas en cuanto a edad, género, histología, estadio, tratamiento... Y, con ello, los resultados se vuelven menos precisos salvo cuando se hacen estudios de subgrupos, que son también más limitados. En todo caso, los resultados son relativamente sólidos y vienen avalados por una buena sistemática (metodología) de trabajo. Y, de alguna manera, respaldan lo que es la experiencia del día a día en la atención de pacientes con cáncer de pulmón.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 21-10-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Braquiterapia en dosis única en comparación con endoprótesis autoexpandible metálica para paliar la disfagia producida por cáncer de esófago: estudio multicéntrico aleatorizado.

Homs MYV, Steyerberg EW, Eijkenboom WMH, Tilanus HW, Stalpers LJA, Bartelsman JFWM, van Lanschot JJB, Wijrdeman HK, Mulder CJJ, Reinders JG, Boot H, Aleman BMP, Kuipers EJ, Siersema PD, for the Dutch SIREC study group. Single-dose brachytherapy versus metal stent placement for the palliation of dysphagia from oesophageal cancer: multicentre randomised trial. Lancet. 2004 Oct 23;364(9444):1497-504.

Tanto la braquiterapia (radioterapia administrada con fuentes colocadas en el mismo foco de la lesión) como la colocación de endoprótesis autoexpandible ("stent") son eficaces para paliar la disfagia producida por la progresión local del cáncer de esófago. Para conocer cuál de los dos métodos es más eficaz los autores han llevado a cabo un estudio comparativo aleatorizado. Incluyeron enfermos en tratamiento paliativo por presentar un tumor metastásico y/o deterioro importante del estado general. 101 se asignaron a braquiterapia (dosis única de 12 Gy) y 108 a endoprótesis. La intensidad de la disfagia se evaluó de acuerdo con el tipo de alimentos que la provocaban (sólidos, semisólidos, líquidos y afagia). El porcentaje de pacientes que refirió una mejoría de la disfagia en al menos un grado (en cuanto al tipo de alimento tolerado) fue similar con los dos tratamientos: 73% con braquiterapia y 76% con endoprótesis. Esta mejoría fue más rápida con endoprótesis pero la proporción de alivio a largo plazo (tras 120 días) fue mayor con braquiterapia. La colocación de endoprótesis se asoció a un número mayor de complicaciones leves (dolor, reflujo) y graves (hemorragia tardía y necrosis por presión). La reaparición de la disfagia se debió principalmente, en los casos con braquiterapia, a persistencia y progresión del tumor y los de endoprótesis a la migración del "stent" o a su obstrucción por impactación de alimentos. Los pacientes con braquiterapia refirieron en los cuestionarios una calidad de vida mejor. El coste de ambas técnicas fue similar: superior a 8000 € por paciente.

Comentario

Son poco frecuentes los estudios comparativos aleatorizados dirigidos a resolver una cuestión clínica sobre paliación de síntomas, diferentes del dolor, en cáncer avanzado. Y menos frecuentes aún los que se publican en revistas médicas del máximo impacto. Quizás el

problema más importante de este estudio es que se comparan dos opciones terapéuticas de cierta complejidad, caras y que exigen un soporte sanitario adecuado. Y entre ambas, mientras la colocación de endoprótesis es una técnica accesible en cada vez más hospitales, la braquiterapia endoluminal esofágica es una opción limitada a un número muy escaso de Servicios de Radioterapia. Desde el punto de vista práctico la idea que transmite el estudio es que la braquiterapia consigue un efecto más duradero y presenta menos complicaciones. Pero en pacientes con una expectativa vital limitada (inferior, por ejemplo, a dos o tres meses) sería coherente plantear la colocación de endoprótesis (con todas sus limitaciones) por la mayor rapidez con que consigue aliviar la disfagia.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 26-10-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Sedación por sufrimiento psicológico-existencial en enfermos oncológicos en situación terminal.

Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 2004; 28: 445-450.

Los autores presentan una estimación de la prevalencia de sedación por sufrimiento psicológico-existencial en enfermos terminales en Japón y las características de los pacientes que la reciben. Los resultados los obtienen a través de un cuestionario remitido por correo a Unidades de Cuidados Paliativos en que se solicitan datos referidos al último año. De 105 Unidades seleccionadas, cuatro rehusaron participar; del resto se obtuvo una tasa de respuesta del 80% (81/101). El 36% de las Unidades que respondieron referían su experiencia en sedación mantenida por sufrimiento psicológico-existencial, si bien este tipo de sedación sólo era preciso en uno de cada mil pacientes. Las características de los enfermos coincidían en el deterioro del estado general y en una expectativa de supervivencia muy limitada (menos de tres semanas en más del 90% de los pacientes). El origen del sufrimiento psicológico-existencial era principalmente (en el 60% de los enfermos) la conciencia de una vida sin sentido. Otros factores fueron la incapacidad (que supone dependencia y ser una carga para otros), la ansiedad y el miedo a la muerte, el deseo de controlar el momento de la propia muerte y, por último, el aislamiento y la falta de un apoyo social. En general, todos los casos se consideraron refractarios a otros tipos de tratamiento, como la sedación intermitente (que recibieron el 95% de los pacientes) y la atención espiritual, psicológica y psiquiátrica especializada. En todos los casos en que el paciente era "competente", fue él mismo el que solicitó la sedación. En los demás se obtuvo, al menos, el consentimiento de la familia junto con el acuerdo del equipo terapéutico.

Comentario

Los autores presentan una muestra, aparentemente válida, de la actitud de los Cuidados Paliativos en Japón ante la sedación paliativa por sufrimiento psicológico-existencial en enfermos terminales. La primera dificultad está en la evaluación del sufrimiento psicológico-existencial. ¿Tienen el mismo peso las limitaciones físicas que el miedo, la angustia y la soledad? ¿Se puede considerar como tal el deseo de controlar el momento de la propia muerte (motivo que se refiere en uno de cada cuatro pacientes)? ¿Esta sedación se entiende como una medida paliativa proporcionada o como la respuesta compasiva a la demanda que hace desde su "autonomía" el paciente terminal? ¿Se puede extrapolar el sufrimiento psicológico-existencial del mundo oriental a nuestra mentalidad del Sur de Europa? La segunda dificultad está en la actitud ante este sufrimiento ya que dos de cada tres Unidades de Cuidados Paliativos no la llevan a cabo este tipo de sedación, bien porque no se ven capacitados o bien porque no estiman que haya sido necesaria... Pero, si hay una clara desigualdad en la incidencia de esta práctica, quizás no se estén empleando los mismos criterios en todos los Centros. Y si sólo se plantea esta sedación cuando se considera que el problema es refractario, ¿realmente se han empleado las mismas medidas para intentar aliviarla?, ¿y se pueden considerar realmente "adecuadas"? Tal vez este trabajo deje muchas cuestiones sin resolver. Pero es un punto de referencia en una cuestión que, a día de hoy, permanece abierta...

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 26-10-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Factores relacionados con el sangrado digestivo en pacientes en domicilio

Mercadante S, Fusco F, Valle A, Fulfarò F, Casuccio A, Silvestro S, Donelli E. Factors involved in gastrointestinal bleeding in advanced cancer patients followed at home. Support Care Cancer 2004;12: 95-98

Objetivo: conocer la incidencia de sangrado digestivo, sus consecuencias y los factores predisponentes asociados en pacientes con cáncer avanzado seguidos en su domicilio. Método: trabajo prospectivo multicéntrico en 3 ciudades. Se siguió de forma consecutiva un total de 439 pacientes. Las variables estudiadas fueron: hematemesis, melenas, edad, sexo, tumor primario, localización de las metástasis, antecedentes de úlcus, tratamiento con AINES las 2 semanas previas, uso de fármacos gastroprotectores, presencia de pirosis, tasa de hemoglobina, transfusiones realizadas, KPS en la situación de sangrado y muertes por sangrado digestivo. Resultados: De los 439 pacientes incluidos 249 fueron hombres. El 86% fueron seguidos hasta la defunción. El

tiempo medio de seguimiento fue de 43.8 meses. El 50 % de los pacientes recibían tratamiento con AINES previamente a ser atendidos en paliativos. Un 63% de los pacientes recibieron AINES hasta la defunción. Un 63% de los pacientes recibían tratamiento con corticoides de los cuales la dexametasona fue el más utilizado. El 80% de los pacientes recibían tratamiento gastroprotector con omeprazol o ranitidina. Del total de pacientes, 16 refirieron molestias gástricas a modo de pirosis, 13 presentaron melenas y 5 hematemesis. En tres casos se produjo la muerte asociada al sangrado digestivo. Los autores identificaron el riesgo relativo de sufrir sangrado digestivo. Así:

Uso de AINE + Protector gástrico: 1.6
 “ “ Corticoides + Protector 0.61
 “ “ AINE + Corticoides + Protector: 1.2
 “ “ Protector 2.34
 “ “ AINE 0.48
 Presencia de Metástasis hepáticas 1.65

Comentario

Se trata de un trabajo interesante ya que intenta profundizar sobre los factores de riesgo asociados al sangrado digestivo en cuidados paliativos. De todos modos se trata de un trabajo con una baja incidencia de sangrado digestivo macroscópico. No discrimina la posibilidad de que el sangrado se haya precipitado por el propio tumor esofágico, gástrico y/o por varices esofágicas. Llama la atención que el factor que multiplica por 2.34 el riesgo de sufrir un sangrado digestivo es el de utilizar un protector gástrico. ¿No será ésta una variable de confusión? ¿No será que en el paciente que presenta más riesgo de sangrado no utilizamos AINES ni corticoides?

Creo que el propósito del trabajo es mejor que las conclusiones a las que llega.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 02-11-2004
 Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Infusión de Difosfonatos: Preferencias de los pacientes, seguridad y utilidad clínica.

Chern B, Joseph D, Joshua D, Pittman K, Richardson G, Schou M, et al. Biphosphonate infusions: patients' preference safety and clinic use. Support Care Cancer 2004;12(6): 463-466

Objetivo: Conocer las preferencias de los pacientes respecto al uso de Zolendronato o Pamidronato.
 Material y Método: Estudio multicéntrico. Criterios de inclusión: presencia de metástasis óseas, edad entre 18 y 80 años, supervivencia estimada mayor de 3 meses y función

renal normal. Todos los pacientes fueron tratados inicialmente con Zolendronato y luego fueron randomizados para recibir Zolendronato o Pamidronato de manera alternativa en dos ocasiones más. Tras ello se preguntó la preferencia de los pacientes.

Resultados: En un año se incluyeron 184 pacientes. 144 pacientes completaron las 3 infusiones. La edad media fue de 64 años (19-91) 65% hombres. 55% cáncer de próstata. Del total de 138 que respondieron a la encuesta, 92% prefirieron Zolendronato y la razón fundamental fue el menor tiempo de infusión así como su menor interferencia en la vida diaria y en la vida familiar. En 19 casos se evidenció incremento en los niveles de creatinina sérica relacionadas con la progresión de la enfermedad de base.

Comentario

Se trata de un trabajo ambicioso en su planteamiento pero cuyos resultados son menos relevantes de lo esperado. Parece previsible que los pacientes elijan tratamientos de menor duración a igualdad de eficacia.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 02-11-2004
 Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Toma de decisiones en el momento crítico en que la muerte está cerca.

Weissman DE. Decision making at a time of crisis near the end of life. JAMA 2004; 292: 1738-1743.

El trabajo se centra en los comentarios prácticos sobre un caso clínico real. Se trata de una mujer de 54 años con cáncer de mama avanzado que padece de manera brusca disnea y edema facial en relación con obstrucción de la vena cava superior e infiltración tumoral de la tráquea. Al hilo del problema clínico que se da en esta paciente, se plantea la toma de decisiones en enfermos con cáncer avanzado. En concreto, lo que se intenta definir es cuándo mantener una actitud terapéutica activa y cuándo optar únicamente por unas medidas meramente sintomáticas. Los factores que influyen en esta decisión son: la edad del paciente y su sensación de haber completado su misión y su objetivo, su actitud (y la de la familia) ante la enfermedad (esperanza, negación...), el problema de base y la presencia de otras enfermedades, los objetivos (del paciente, de la familia y del personal sanitario) en el final de la vida, los síntomas (número, severidad y repercusión), las cargas (también las económicas) y los riesgos y también los posibles beneficios del tratamiento, la respuesta a otras medidas previas y la carga (o sobrecarga) de trabajo que se asocia a cada posible opción. Un modo ordenado de afrontar esta toma de decisiones comenzaría con una estimación de las necesidades físicas, psicológicas y espirituales del paciente y de las ayudas de que dispone. Tras ello, un planteamiento de los objetivos del paciente y de las posibles alternativas

terapéuticas, dentro del horizonte que marca el pronóstico de la enfermedad. Todo ello dando entrada a la familia para que pueda intervenir. Y, una vez tomada una decisión, mostrar apoyo y respaldo a la actitud que el paciente haya adoptado.

Comentario

El trabajo pretende ofrecer una visión "avanzada" del modo de plantear las opciones de tratamiento a los enfermos con cáncer avanzado. Sin embargo, no ofrece muchos datos nuevos con respecto a lo que es la práctica habitual en muchas Unidades de Oncología y de Cuidados Paliativos en nuestro medio. Tal vez llame la atención la tendencia (sajona) a ofrecer una información clara, quizás demasiado clara, de la situación clínica, de las escasas expectativas terapéuticas y del mal pronóstico. Esta actitud tan directa tiene poca cabida en nuestro medio si realmente aspiramos a mantener algún tipo de esperanza en el enfermo y una colaboración abierta por parte de la familia. Aun así, de este trabajo destacan dos aportaciones. La primera, el planteamiento estructurado de cómo actuar a la hora de decidir entre una actitud terapéutica activa o tan sólo medidas meramente sintomáticas. Y la segunda, la enumeración exhaustiva de los factores que influyen en la actitud del paciente, de la familia y del personal sanitario ante esa toma de decisiones.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 05-11-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Afrontamiento protector: una teoría fundamentada de las interacciones educativas en cuidados paliativos de enfermería

Morgan AK. Protective coping: a grounded theory of educative interactions in palliative care nursing. International Journal of Palliative Nursing, 2001, vol 7.nº 2, 91-99

Se trata de un estudio cualitativo en el que se incluyeron 12 enfermeras especialistas en cuidados paliativos, 10 enfermos terminales y a 4 cuidadores informales, realizado en Australia, en el ámbito domiciliario. Se llevaron a cabo entrevistas para examinar las experiencias de las interacciones (educativas) que existen en cuidados paliativos entre los tres grupos antes mencionados, con el objetivo de identificar, describir y teorizar la naturaleza, características y valor terapéutico de dichas interacciones dado que éstas ayudan a proteger, mantener y asegurar la integridad situacional del paciente y del cuidador informal.

El estudio sugiere que las interacciones educativas en cuidados paliativos son predominantemente informales y no planificadas.

Este proceso educativo confluye en lo que se ha llamado afrontamiento individual protector (protective coping) y que

se origina directamente del cuidado de enfermería, que es quien tiende a desarrollar cualidades protectoras que ayudan al individuo a afrontar los efectos biopsicosociales de la enfermedad terminal (ansiedad, miedo y aislamiento).

Comentario

El estudio muestra que las enfermeras de cuidados paliativos que han participado en el estudio han requerido un alto nivel de competencia interpersonal, reflejado en las relaciones efectivas que fueron capaces de establecer con los pacientes y con los cuidadores informales.

El hecho que haya una buena relación entre enfermera, paciente y cuidador informal depende de la habilidad de la enfermera para promoverla. Es por ello que debe haber una codependencia entre los atributos interpersonales de enfermería y sus habilidades educativas. A veces, hay que saber reconocer las personas del equipo que poseen esas habilidades para contribuir a potenciarlas y utilizarlas cuando sea necesario.

No hay que perder de vista el hecho que tenemos que tratar al paciente de manera individualizada.

Tendemos, muchas veces, a adoptar actitudes autoritarias juzgando al paciente y a su familia sin darnos cuenta que, adoptando actitudes colaborativas y de apoyo, lograremos conseguir los objetivos individuales planteados en cada caso.

No podemos imponer al paciente y a su familia nuestros valores sin antes promover el empowerment, es decir, de qué son capaces y de qué se sienten capaces. Las acciones de enfermería irán encaminadas a que el control de la situación recaiga sobre el paciente, promoviendo el empowerment personal, siendo necesario para ello reunir habilidades de comunicación y educación, es decir, habilidades interpersonales.

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Eva Barallat Gimeno, 15-11-2004
PADES S.U.N. Hospital Sta. Maria. Lleida

Trastornos del sueño en pacientes con cáncer avanzado: prevalencia y factores asociados.

Mercadante S, Girelli D, Casuccio A. Sleep disorders in advanced cancer patients: prevalence and factors associated. Support Care Cancer 2004; 12:355-359

Se realizó un estudio prospectivo con el objetivo de conocer la prevalencia y la calidad de los trastornos del sueño en pacientes con cáncer avanzado y de encontrar posibles factores asociados. Se recogieron para el estudio una muestra de pacientes oncológicos adultos sin alteraciones cognitivas admitidos en una unidad del dolor y cuidados paliativos durante 4 meses. Se pasó un cuestionario acerca de la cantidad y calidad del sueño y sobre la información del paciente sobre su enfermedad.

Se seleccionaron 123 pacientes, 67 varones, los tumores primarios más frecuentes fueron mama (23), pulmón (13) y colon (10). La edad media era 60 años (95% IC, 58-62). El Índice Karnofsky medio fue 52,1 (95% IC 49-53). La media de horas de sueño fue 6,58 (95% IC 6,16-6,58). El 30% de los pacientes dormían menos de 5 horas (mínimo necesario para sueño reparador). La ansiedad ($p=0,045$), el despertar precoz ($p=0,001$), el quedarse dormido ($p=0,003$), los despertares ($p=0,035$), las pesadillas ($p=0,034$) se asociaban de forma significativa a menos horas de sueño, y se asociaban con sueño poco reparador, astenia y somnolencia ($p=0,0005$).

No se encontraron diferencias en cuanto a la edad, tumor primario, grado de información, IK, depresión, confusión, uso de opioides, uso de hipnóticos. Los pacientes que fueron admitidos en la unidad por dolor (58%) no tenían más dificultad para dormir, quizá por alivio del dolor, aunque sí presentaban más somnolencia, probablemente en relación con opioides. Los pacientes con IK más bajos tenían más somnolencia y más horas de sueño diurno. La depresión se asociaba con el despertar precoz, con el sueño no reparador, astenia y pesadillas; y la confusión con astenia y pesadillas.

Comentario

Los trastornos del sueño son frecuentes en el paciente oncológico avanzado y suelen tener un origen multifactorial. El presente estudio recoge la prevalencia de los trastornos del sueño y diversos factores relacionados entre los que destacan la ansiedad, depresión, astenia, que, según otros estudios, son algunos de los factores asociados con mayor sufrimiento. Llama la atención que los pacientes que ingresaban por dolor mal controlado no presentaban más dificultad para dormir, lo cual puede deberse, como apuntan los autores, al alivio del dolor en el ingreso.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Ana de Santiago Ruiz, 29-11-2004
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

Optimizar el tratamiento opioide para prevenir el dolor incidental debido a metástasis óseas.

Mercadante S, Villari P, Ferrera P, Casuccio A. Optimization of opioid therapy for preventing incident pain associated with bone metastases. J Pain Symptom Manage 2004; 28: 505-510.

Los autores pretenden demostrar la hipótesis, fundada en modelos experimentales, de que el aumento en la dosis de opioides, por encima de la que sería suficiente para controlar el dolor en reposo, ayuda a reducir la incidencia del dolor incidental. Analizan 25 pacientes con dolor incidental secundario a metástasis óseas, sin evidencia de

fractura, y provocado por movimientos; 14 de ellos (56%) se encontraban recibiendo opioides al entrar en el estudio. No se incluyeron aquellos con un pronóstico de supervivencia inferior a un mes, deterioro importante de funciones superiores o tratados recientemente con radioterapia, bifosfonatos o radioisótopos. En todos ellos, tras ajustar el opioide hasta controlar el dolor en reposo, se incrementó la dosis según la intensidad del dolor incidental, más allá de la necesaria para alcanzar un buen control del dolor basal, hasta la aparición de efectos secundarios. Esta dosis sólo se redujo de nuevo si el paciente no se encontraba satisfecho o si los efectos secundarios eran moderados o severos. Se analizó el control del dolor basal e incidental (escala 0-10), la intensidad de los efectos secundarios y los fármacos administrados. En conjunto, el día siguiente al ajuste inicial (intravenoso) del opioide, hasta dosis cercanas a 100 mg diarios de morfina oral, se encontraba una mejoría del dolor incidental. En los días sucesivos la estrategia de ajuste de dosis "al alza" (con un incremento medio de la dosis del 25%) permitió que la intensidad del dolor incidental no fuera excesiva. En cuatro (16%) pacientes fue preciso reducir la dosis de opioide por presentar toxicidad moderada o severa (náuseas, vómitos, "mareo") que no cedió con tratamiento de soporte.

Comentario

Los autores diseñan este estudio, prospectivo y no controlado, con la intención de conocer si el aumento de la dosis de opioides, por encima de la que sería suficiente para controlar el dolor en reposo, ayuda a controlar también el dolor incidental. Lo que se encuentran, sin embargo, es que lo que se asocia a una buena analgesia de fondo y a una menor severidad del dolor incidental es un buen uso de los opioides. ¿Apurando la dosis "por arriba"? Tal vez, pero si sólo cuatro pacientes refirieron una toxicidad relevante, es difícil asumir que realmente se empleara una dosis excesiva. Más aún cuando, a lo largo del seguimiento, el aumento sobre la analgesia inicial fue tan sólo de cerca del 25%. En resumen: si el dolor basal se controla bien, con energía y sin miedo, la severidad del dolor incidental es menor.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 30-11-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Información relativa al cáncer en diferentes contextos culturales

Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Katsouda E, Vlahos L. Cancer information disclosure in different cultural contexts. Support Care Cancer 2004;12:147-154

Decir la verdad, informar al paciente sobre la enfermedad que padece y su pronóstico, son aspectos de la profesión médica que tienen muchas implicaciones culturales, sociales y religiosas, y que han ido evolucionando a lo largo

de la historia.

El objetivo de esta revisión es estudiar y comparar las influencias, dificultades y las distintas formas en que se aborda este tema en diferentes países, tomando como referencia a médicos y profesionales de la salud que están en contacto con enfermos oncológicos.

De este artículo se desprende que en los últimos 40 años y en base a los estudios realizados a lo largo de ellos, ha habido un cambio con una tendencia de los médicos a informar y de los pacientes a desear ser informados. Observamos que Estados Unidos, países anglosajones y del Norte de Europa suelen estar centrados en la autonomía del paciente por encima de otros valores, y por contra, en países mediterráneos (España, Italia, Grecia) y asiáticos (China, Japón, Arabia Saudí) se han realizado estudios que demuestran que, a menudo, el paciente no es el primero en recibir información sobre su enfermedad y que la mayor parte de familias son partidarias de ocultarle el diagnóstico.

En el balance de estas diferencias intervienen múltiples factores como el deseo del enfermo de ser informado, el papel de la familia como principal punto de apoyo en algunas sociedades y las habilidades del propio equipo médico para dar malas noticias y sus actitudes frente a situaciones terminales.

Comentario

Este artículo permite formarse una idea bastante aproximada de las diferencias culturales y su influencia en la información a los pacientes.

Marta Llardens
Médico residente de Medicina de Familia.
Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 24-11-2004
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Prurito en un paciente con cáncer tratado con éxito mediante infusión continua de granisetron.

Porzio G, Aielli F, Narducci F, Cannita K, Piccolo D, Marchetti P. Pruritus in a patient with advanced cancer successfully treated with continuous infusion of granisetron. Support Care Cancer 2004; 12:208-9

Este trabajo recoge el caso clínico de una paciente afectada de un leiomiomasarcoma abdominal avanzado que presentaba prurito de gran intensidad (EVA 10/10). Se descartaron la colostasis o el tratamiento con opioides como causas del prurito. Los autores señalan que el tratamiento con

granisetron 3mg/IV/24h en dosis única seguido de infusión continua de granisetron 3mg/SC/24h permitió un adecuado control del prurito así como de la ansiedad y el insomnio (EVA < 4).

Los autores postulan, a partir del caso clínico, la posibilidad de que en algunos casos el prurito esté mediado por serotonina en enfermos de cáncer.

Comentario

Se trata de un caso clínico y por tanto la repercusión de los resultados debe tomarse con gran prevención. Puede ser una opción terapéutica una vez descartadas otras medidas más contrastadas y más económicas.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 24-11-2004
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Síntomas de los enfermos oncológicos en Cuidados Paliativos: validación del contenido de los cuestionarios de autoevaluación en comparación con la historia clínica.

Strömberg AS, Groenvold M, Pedersen L, Olsen AK, Sjogren P. Symptomatology of cancer patients in palliative care: content validation of self-assessment questionnaires against medical records. Eur J Cancer 2002; 38: 788-794.

Los autores llevan a cabo un listado de los síntomas registrados en la historia clínica de pacientes oncológicos en situación terminal. El objetivo es, por una parte, hacer un rastreo y registro relativamente exhaustivo de los síntomas de estos pacientes y, por otra, comparar el listado obtenido con los que aparecen en cinco diferentes cuestionarios de uso común en estos enfermos: EORTC QLQ-C30, ESAS (Edmonton), MSAS (Memorial), MQOL (McGill) y POS (Palliative Care Outcome Scale). Se estudiaron las "necesidades de paliación" (síntomas y problemas) en las historias clínicas de 171 pacientes. Sólo se incluyeron aquellos que se consideraron como un problema evidente del paciente y no únicamente una observación o una "intuición" del médico. Se registraron 63 síntomas y problemas diferentes. De ellos, 35 aparecían en uno o varios de los cuestionarios. Los doce síntomas y problemas con más prevalencia se encontraban cubiertos al emplear simultáneamente los diversos cuestionarios. Los dos cuestionarios que, de manera individual, cubrían mejor estos doce síntomas y problemas eran el MSAS (11 de 12) y el EORTC QLQ-C30 (10 de 12). No obstante, ninguno de estos dos cuestionarios hacía referencia a problemas

relativamente frecuentes como vértigo (10% de los pacientes) y tos (7%).

Comentario

El trabajo muestra las limitaciones ("encorsetamiento") propias de los cuestionarios validados en relación con una historia clínica abierta y exhaustiva. Y, a la vez, enseña que estos cuestionarios, a pesar de sus imperfecciones, son un medio adecuado para tener una idea práctica y cercana a la realidad sobre la situación de un paciente. Entonces, ¿cuál es la mejor opción? Esta pregunta no tiene una respuesta inmediata. De hecho, las dos técnicas se complementan. La historia clínica y el contacto directo con el paciente aportan datos originales y abundantes pero que en más de una ocasión no son fáciles de cuantificar ni de comunicar a terceros. Esta es la función de los cuestionarios: la evaluación es más rígida pero facilita la cuantificación y la comparación de resultados.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 27-11-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Utilización de terapia física en una Unidad de Cuidados Paliativos.

Montagnini M, Lodhi M, Born W. The Utilization of Physical Therapy in a Palliative Care Unit. J Palliat Med. 2003 Feb;6(1):11-17.

Los objetivos del presente estudio fueron describir y valorar la utilización de terapia física (TF), describir el tipo concreto de deterioro funcional e identificar factores relacionados con una mejoría funcional en pacientes terminales. Para ello, los autores realizaron un estudio retrospectivo de 100 pacientes ingresados consecutivamente en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

De los 100 pacientes ingresados, 37 fueron valorados para determinar sus posibilidades rehabilitadoras. Tras ello, en 23 casos se sentó la indicación de TF. Los tipos de deterioro funcional más frecuentes fueron deterioro del estado general, dolor, disminución del equilibrio y debilidad focal. Cinco pacientes no llegaron a iniciar la TP debido a fallecimiento en cuatro casos y a rechazo de la rehabilitación en uno. El dato más relevante del estudio indica que de los 18 pacientes incluidos finalmente en el programa de rehabilitación, 10 (56%) mejoraron en su capacidad para las actividades de la vida diaria y 8 (44%) no. De estos 10 pacientes, 6 completaron la TP y alcanzaron los objetivos, y 4 no completaron la TP debido a diversos motivos como petición propia o de un miembro de la familia, dolor o debilidad.

Los factores asociados con mejores resultados fueron un nivel de albúmina más alto y el diagnóstico de demencia. La albúmina es usada habitualmente como marcador del estado nutricional y como predictor de supervivencia. Los

resultados de este estudio demuestran que la albúmina también puede ser utilizada como marcador del potencial rehabilitador de pacientes terminales. Los pacientes con diagnóstico de demencia presentaban un peor estado funcional que los pacientes sin este diagnóstico, pero su mejoría funcional fue mayor. Este dato indica que el diagnóstico de demencia no debe ser considerado un impedimento para la rehabilitación de los pacientes.

Comentario

Los pacientes oncológicos terminales presentan un alto grado de deterioro funcional. A pesar de ello, la rehabilitación de estos pacientes es frecuentemente ignorada o infrutilizada. Debido a este hecho son pocos los conocimientos que tenemos sobre la utilización del tratamiento rehabilitador en pacientes terminales.

Los datos que aporta el estudio, mejoría de 10 pacientes (56%) frente a ausencia de mejoría en 8 (44%) muestran una inclinación ligera de la balanza a favor del beneficio de la terapia física. Sería interesante en futuros estudios una determinación más precisa de factores pronósticos positivos que permitan seleccionar a pacientes con mejores posibilidades de mejoría funcional.

El porcentaje de pacientes remitido para valoración de las posibilidades de rehabilitación fue menor del 40%. En relación a este dato, el 60% de estos pacientes remitidos para valoración de las posibilidades de rehabilitación fueron incluidos en el programa de terapia física. Un dato importante, pero que no ha podido ser reflejado por el estudio dada su metodología, sería el número de pacientes que hubiera sido incluido en el programa si todos los pacientes ingresados en la UCP hubieran sido valorados sistemáticamente en cuanto a las posibilidades de rehabilitación.

Journal of Palliative Medicine

Revisor: José Centeno Mattern, 28-11-2004
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

Resultados de un ensayo prospectivo fase III con asignación aleatoria sobre calidad de vida con docetaxel en comparación con el mejor tratamiento de soporte en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico tratados previamente con esquemas de quimioterapia

Dancey J, Shepherd FA, Gralla RJ, Kim YS. Quality of life assessment of second-line docetaxel versus best supportive care in patients with non-small-cell lung cancer previously treated with platinum-based chemotherapy: results of a prospective, randomized phase III trial. Lung Cancer. 2004 Feb;43(2):183-94.

En los últimos años se ha planteado la cuestión de la

conveniencia o no de administrar una segunda línea de quimioterapia en enfermos con cáncer de pulmón no microcítico avanzado. El docetaxel (75-100 mg/m² cada tres semanas) mejora discretamente la supervivencia en enfermos tratados previamente con esquemas que incluían cisplatino. En este trabajo se evalúa en el mismo grupo de 204 pacientes el impacto en la calidad de vida medida cada tres semanas con LCSS (Lung Cancer Symptom Scale) y/o QLQ-C30 (módulo LC13). La proporción de pacientes no evaluables en relación con la calidad de vida se sitúa entre el 25% y el 32%. Si bien, en análisis sucesivos, en el grupo de tratamiento de soporte la proporción de enfermos que no participaron en los cuestionarios fue mayor 23/34 (68%) en comparación con 11/31 (35%) con docetaxel ($p < 0,01$). En conjunto, se aprecia un deterioro más lento de la calidad de vida con docetaxel en sus diferentes dosis que con cuidados de soporte, con cierta correlación entre la respuesta del tumor y una mejoría de la puntuación en calidad de vida. En concreto, el docetaxel se asocia a una mejoría del dolor de acuerdo con la evaluación del paciente y con una tendencia a un mejor control de la astenia y la hiporexia pero según la evaluación del observador, no la del enfermo, en el subgrupo de dosis altas de docetaxel.

Comentario

Los tratamientos de quimioterapia en segunda línea pueden ofrecer cierto beneficio en supervivencia y en calidad de vida a los enfermos con cánceres avanzados. Y este beneficio puede abarcar también a grupos seleccionados de pacientes con tumores no excesivamente sensibles a estos tratamientos, como el cáncer de pulmón no microcítico. Aun así, la metodología de trabajo en el concepto de calidad de vida en relación con la salud es compleja y está abierta a muchas variables y sesgos que debilitan sus conclusiones: multiplicidad de instrumentos y cuestionarios (ninguno es "ideal"), evaluación y ponderación subjetiva de los parámetros, diversidad en los puntos de vista (paciente, cuidador...), influencia de las expectativas, pérdida de pacientes (habitualmente los que suelen tener una evolución peor y es más probable que ensombrezcan los resultados). Aun así, las líneas generales de los resultados de los estudios sobre calidad de vida, como el presente, sí que suelen dar en conjunto una orientación genérica relativamente fiable del impacto del tratamiento.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 28-11-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Carga de síntomas en la última semana de vida.

Klinkenberg M, Willems DL, van der Wal G, Deeg DJH. Symptom burden in the last week of life. J Pain Symptom Manage 2004; 27: 5-13.

Los autores estudian la "carga de síntomas" en la última

semana de vida en 270 ancianos fallecidos en Holanda (mediana de edad: 80 años; rango 59-91 años). La causa de muerte fue: patología articular (37%), cáncer (35%), cardiopatía (34%), accidente cerebrovascular (24%), bronconeumopatía crónica obstructiva (24%), aterosclerosis (19%) y diabetes (16%). Se entrevistó a los familiares más cercanos de los fallecidos (mujer 30%, hijos 50%, otros 20%); sólo el 10% de estos rechazó participar en el estudio. Los síntomas de los que se refirió una mayor prevalencia fueron: astenia (83%), disnea (50%), dolor (48%), confusión (36%), ansiedad (31%), desánimo-depresión (28%) y náuseas-vómitos (25%). La mediana de síntomas referidos por paciente fue tres y sólo en el 9% no se registró ninguno. Hay una clara correlación entre síntomas y causas de fallecimiento: disnea en bronconeumopatía crónica obstructiva y dolor en cáncer. La presencia de deterioro cognitivo en meses previos es un factor con capacidad para predecir la presencia de una mayor carga de síntomas en la última semana de vida.

Comentario

Cualquier estudio en que los que aportan la información son los familiares que han cuidado al paciente arrastra varias desviaciones derivadas, sobre todo, de que estos cuidadores no son precisamente "independientes y objetivos" a la hora de recordar y de valorar lo que pasó ya que fueron protagonistas que comprometieron su tiempo, su esfuerzo y su capacidad afectiva y emotiva. Esto hace que, aun manteniendo la validez de su visión general del problema, tiendan a magnificar los problemas y que el paso del tiempo tienda a matizar aún más sus recuerdos. En relación con los resultados, este estudio recuerda que hay patologías diferentes del cáncer con una etapa terminal en la que el paciente puede presentar una carga de síntomas nada desdeñable, alguno de los cuales puede mejorar con un tratamiento adecuado. Llama la atención que quizás el único factor que se asocia a una fase final de la vida más tormentosa es el deterioro previo de las funciones superiores, algo que parece causa y consecuencia del sufrimiento del enfermo terminal.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 28-11-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Titulación de opioides en el dolor oncológico severo: una revisión sistemática basada en la evidencia

Davis MP, Weissman DE, Arnold RM. Opioid Dose Titration for Severe Cancer Pain: A Systematic Evidence-Based Review. J Palliat Med. 2004 Jun;7(3):462-8.

Ante el reto que supone la consecución de una rápida analgesia en el dolor oncológico severo, los autores realizan

una revisión bibliográfica sistemática de ensayos clínicos sobre métodos para la titulación de opiodes en este tipo de dolor. Los autores definen el dolor oncológico severo como un dolor no controlado o en progresivo aumento. Fueron identificados 9 estudios. De cada uno de ellos se extrajo la dosis de opioide previa a la titulación, el método de titulación, el método y la periodicidad de la evaluación de la analgesia, el tiempo necesario hasta alcanzar la analgesia, los efectos secundarios y las variables demográficas de cada paciente. Todos los estudios presentaron importantes problemas metodológicos que limitan la generalización de las conclusiones. De esta forma, las escalas utilizadas para la valoración del dolor fueron diferentes, la definición de dolor agudo o severo no fue homogénea, el método y la periodicidad en la valoración del dolor, así como la utilización de analgésicos previa a la titulación varió ampliamente y todos los estudios utilizaron métodos de titulación diferentes. Los métodos de titulación fueron:

1. Morfina intravenosa (iv): 10-20 mg en 15 min y doblar la dosis cada 30 minutos hasta conseguir la analgesia (Hagen et al, 1997).
2. Morfina iv: 1,5 mg / 10 min hasta analgesia (Kumar, 2000).
3. Comparación entre morfina iv: 1,5 mg cada 10 min hasta analgesia y morfina oral: 5-10 mg cada 4 horas (Kumar, 2003).
4. Morfina iv: 2 mg cada 2 min hasta analgesia (Mercadante, 2002).
5. Autoadministración de morfina a demanda: 1 mg con un intervalo mínimo de 5 minutos (Radbruch et al, 1999).
6. Autoadministración de 50 microgramos de fentanilo con un intervalo mínimo de 5 minutos (Zech et al, 1992).
7. Morfina oral: 10 mg cada 4 horas con un aumento del 33-50% hasta conseguir analgesia (Klepstad et al, 2000).
8. Comparación entre morfina de liberación retardada y morfina de liberación rápida: 60 mg diarios titulando 90-120-180-270-360 mg (Klepstad et al, 2003).
9. Morfina oral: 5-20 mg con aumento, según una pauta establecida, cada 4 horas para pacientes en domicilio y cada 2 horas para pacientes hospitalizados (Lichter et al, 1994).

Desde una visión general, puede decirse que todos los métodos empleados fueron seguros, ningún paciente en ningún ensayo desarrolló depresión respiratoria, en la mayoría de los pacientes se consiguió un control del dolor dentro de las siguientes 24 horas y la analgesia se consiguió antes con la administración parenteral de opiodes.

Como se ha dicho anteriormente, todos los estudios adolecían de problemas metodológicos significativos, lo que impide la generalización de los resultados. Hasta que no exista una información mejor, la titulación de opiodes en el dolor oncológico severo o en aumento deberá basarse en la opinión y en la experiencia de los expertos.

Comentario

Me ha parecido interesante extraer, aunque sea de forma esquemática, los diferentes métodos de titulación empleados.

Los autores comentan la necesidad de realizar más estudios sobre la titulación de opiodes en el dolor oncológico severo, pero, previamente a dichos estudios, sería

conveniente establecer unos criterios unificados entre los investigadores sobre la definición de dolor severo, métodos de valoración del dolor y definición de éxito terapéutico. Una vez establecidos estos estándares, los ensayos prospectivos podrán determinar el método de titulación más efectivo.

Existe, de todas formas, un documento muy importante: "Instrumentos y métodos de medida del dolor en la investigación clínica en cuidados paliativos: Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Expertos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos" (Carazeni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulani P, Radbruch L, de Conno F. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: Recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 2002 Mar;23(3):239-55.). El objetivo de este trabajo, basado en revisiones bibliográficas y en la opinión de expertos, persigue mejorar la validez y comparabilidad de los estudios que actualmente se realizan en este campo en un contexto multicéntrico y multilingüístico.

Journal of Palliative Medicine

Revisor: José Centeno Mattern, 30-11-2004
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

Metadona en el tratamiento del dolor por cáncer: experiencia del Hospital Los Montalvos, Salamanca

Centeno C, Sánchez R, Vara F. Metadona en el tratamiento del dolor por cáncer: experiencia del Hospital Los Montalvos, Salamanca. Medicina Paliativa 2004. 11(3): 157-163

Con el objetivo de mostrar la experiencia en el uso de metadona en una unidad de Cuidados Paliativos se realizó un estudio retrospectivo empleando las historias clínicas de los pacientes ingresados en la unidad en los que se había realizado una rotación opioide a metadona durante dos años y medio. Se recogieron datos demográficos de cada paciente así como el opioide previo y su dosis, y la dosis inicial de metadona y la de estabilización, control del dolor antes y después de la rotación, motivo de la rotación (dolor neuropático mal controlado o neurotoxicidad) y beneficio global según la historia clínica. La rotación se realizó en 3 días (cambio lento) o en 1 día (cambio rápido) según la dosis previa de morfina y la experiencia desarrollada.

Se encontraron 27 casos de cambio de opioide a metadona. En 9 pacientes se cambió de opioide por dolor mal controlado, la mediana de dosis previa de morfina oral era 180mg/día (60-1217) y la mediana de dosis de metadona a la que rotaron fue 24mg (10-75). La mediana de dolor bajó de 8/10 (EVN) a 4/10. En 18 pacientes se rotó por neurotoxicidad, la mediana de dosis previa de morfina oral era 180mg/día (60-974) y la mediana de la dosis de

metadona en el cambio fue de 20mg/día (15-75). En 4 de los 18 enfermos no se consiguió controlar la neurotoxicidad. El dolor mejoró o permaneció igual.

Los autores señalan que desde el primer día se notaron beneficios, pero el máximo beneficio se observó en días posteriores (4 en la neurotoxicidad y 7 en el dolor neuropático). Tras la rotación inicial fue necesario ajustar la dosis en cada caso. Con frecuencia, en los tratamientos prolongados es necesario ajustar dosis a la baja por la aparición de somnolencia excesiva.

Comentario

Aunque todavía es necesaria más experiencia, la metadona está demostrando grandes beneficios en el control del dolor, especialmente el neuropático. Se trata de un estudio interesante que muestra la experiencia de una unidad de cuidados paliativos en el uso de metadona en la rotación de opioides. Este estudio muestra cómo se consiguió mejorar el dolor en todos los casos y la intensidad del dolor bajó en un 50%, que supone mucho sobre todo en algunos pacientes que presentaban dolor de 10/10. En cuanto a la neurotoxicidad, un cuadro que es a menudo complicado, la rotación o cambio de opioide es una de las medidas terapéuticas empleadas para mejorarlo o revertirlo; en este caso, se consiguió controlar en casi el 78% de los casos. También resultan interesantes los datos del seguimiento realizado tras la rotación de opioide.

Medicina Paliativa

Revisor: Ana de Santiago Ruiz, 29-11-2004
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

La experiencia de la participación de la familia de enfermos de cáncer en la investigación

Peter Hudson. The experience of research participation for family caregivers of palliative care cancer patients. Int J Palliat Nurs. 2003 Mar;9(3):120-3.

Ha existido alguna preocupación respecto a los aspectos éticos de involucrar a los pacientes terminales y a la familia como parte de una investigación.

En este artículo se analiza el caso de 103 familias que participaron en un proyecto de investigación. A estas familias se les pasó un cuestionario relativo a los aspectos positivos y negativos de participar en una investigación mientras se estaba cuidando a un familiar con cáncer terminal.

Los resultados del estudio fueron que el 71% de los 45 que respondieron, dijeron que sí era positivo estar metidos dentro de una investigación, y la mayoría, el 88%, no mencionó ningún aspecto negativo relacionado con la actuación de la investigación.

La conclusión sugiere que es pertinente invitar a las familias a involucrarse en la investigación en cuidados paliativos. Además este estudio demostró que no solamente está bien que se involucren sino que también reciben beneficios.

Comentario

Parece una buena idea el invitar a la familia a participar, ya que cuanto más implicada esté, más útil se puede sentir, ayudándole a superar el duelo.

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Paulina Pérez Yuste, 29-11-2004