

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



2ª Entrega. Julio 2000.

INDICE

Articulo	Pag.
Estilos de Comunicación en el Servicio de Oncología: Preferencia por un Acercamiento Centrado en el Paciente.	1
El Paciente de Cáncer con Personalidad Borderline: Sugerencias para un Manejo Centrado en los Síntomas en la Institución Médica.	1
Interacciones medicamentosas en cuidados paliativos.	1
Síntomas en adultos con cáncer de pulmón: revisión sistemática	2
Neurolépticos. Los psicofármacos en el tratamiento de soporte en el cáncer, una revisión para el clínico.	2
Frecuencia, Causas y evaluación del delirium en pacientes con cáncer avanzado. Un estudio prospectivo.	3
Delirium	3
Replanteamiento del papel de la alimentación por sonda en enfermos con demencia avanzada.	3
Impacto del delirium sobre un índice pronóstico de paliativos.	4
Estudio prospectivo sobre la frecuencia del delirium y su curso clínico	4
Prevalencia del delirium.	4
Estreñimiento y empleo de laxantes: comparación entre fentanilo transdérmico y morfina oral.	5
Fase II de hexacetanido de triamcinolona en ascitis maligna sintomática recurrente.	5
Fentanilo transdérmico en pacientes que no han recibido opioides. Estudio abierto con fentanilo transdérmico para el tratamiento del dolor oncológico crónico en pacientes que no han recibido opioides y en un grupo con codeína.	6

Estilos de Comunicación en el Servicio de Oncología: Preferencia por un Acercamiento Centrado en el Paciente.

Dowsett SM, Saul JL, Butow PN, Dunn SM, Boyer MJ, Findlow R, Dunsmore J. Communication Styles in the Cancer Consultation: Preferences for a Patient-Centred Approach. Psycho-Oncology 2000, 9:147-156

El objetivo de este estudio llevado a cabo en Australia, es examinar las preferencias y la satisfacción de los pacientes y sus familiares/amigos respecto a estilos de comunicación en la consulta de oncología centrados en el paciente o en el médico.

Los autores consideran que determinando las preferencias de los pacientes se pueden formular recomendaciones específicas para mejorar la comunicación en el servicio de oncología.

Para llevar a cabo el estudio, presentaron varios videos realizados por actores a una muestra de 113 mujeres que habían sido tratadas de cancer de pecho y 48 de sus familiares y amigos. En estos videos, un médico varón discutía con la paciente el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, tanto con un estilo centrado en el paciente, como centrado en el médico, en dos situaciones diferentes, una en la que el pronóstico era bueno, y otra de mal pronóstico para la paciente.

Los pacientes y sus familiares prefirieron significativamente un estilo de comunicación centrado en el paciente, sobre todo cuando se trataba de un mal pronóstico.

No se encontraron diferencias significativas a la hora de evaluar la parte en la que se discutía el tratamiento, cuando este se refería a la enfermedad con un buen pronóstico.

Comentario

A pesar de las limitaciones metodológicas del estudio que los autores reconocen, se obtiene del mismo una conclusión importante; aunque existen múltiples publicaciones sobre la comunicación en oncología, falta evidencia empírica sobre lo que debería incluir un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación efectivas. En general, un acercamiento centrado en el paciente basado en la empatía, la escucha, o la toma de decisiones conjunta, permite no solo obtener más información, sino mejorar la relación y aumentar la satisfacción y el bienestar de los pacientes. Por ello es necesario educar y entrenar a los profesionales en este tipo de habilidades de comunicación.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 01-07-2000
Clínica Universitaria de Navarra

El Paciente de Cáncer con Personalidad

Borderline: Sugerencias para un Manejo Centrado en los Síntomas en la Institución Médica.

Hay JL, Passik SD. The Cancer Patient with Borderline Personality Disorder: Suggestions for Symptom-Focused Management in the Medical Setting. Psycho-Oncology 2000, 9:91-100

Los pacientes de cáncer que presentan un trastorno de personalidad borderline se enfrentan a tremendos retos emocionales cuando tienen que afrontar un diagnóstico y tratamiento de la enfermedad cancerosa. Estos individuos pueden funcionar de manera más o menos normal cuando no están estresados, si bien, la ansiedad y el disconfort asociado al tratamiento médico, puede llevarles a tener muchas dificultades. Estas dificultades pueden surgir con el personal médico o bien derivar en una distorsión de la realidad para protegerse emocionalmente, llegando a mostrar en ocasiones agresividad e incluso comportamientos autodestructivos.

El hecho de presentar comórbidamente una historia de abuso de sustancias o de abuso físico o sexual puede complicar aún más el tratamiento del cáncer. Estos pacientes están particularmente necesitados de un manejo terapéutico centrado en los síntomas que incluya una evaluación y tratamiento de los síntomas psiquiátricos, así como medidas para limitar la agresión y la autodestrucción. Por otra parte, también es necesario ofrecer educación y apoyo al equipo para hacer frente a esta situación.

Con estas intervenciones se puede disminuir el estrés de los pacientes y maximizar los resultados del tratamiento canceroso.

Comentario

Este artículo ofrece una descripción de los principales problemas del enfermo de cáncer con personalidad borderline y de la importancia de la evaluación y tratamiento de estos trastornos.

Nos lleva a reflexionar sobre el hecho de que el paciente viene a la consulta con una historia personal que va a influir en el afrontamiento del cáncer.

El diagnóstico de estos trastornos es difícil y aún más complicado en oncología, donde es difícil diferenciar si los síntomas se deben a una personalidad patológica o al estrés causado por la enfermedad. Por ello, a menudo estos problemas no son evaluados ni detectados, dificultando un buen control de los síntomas físicos.

Psychooncology

Revisor: Marina Martínez García, 02-07-2000
Clínica Universitaria de Navarra

Interacciones medicamentosas en cuidados paliativos.

Bernard SA, Bruera E. *Drug interactions in palliative care. J Clin Oncol* 2000, 18:1780-1799

Las interacciones medicamentosas tienen, al menos, la misma importancia en medicina paliativa que en otras áreas de la Medicina. Los enfermos terminales pueden llegar a recibir un promedio de diez fármacos diferentes simultáneamente: analgésicos (opioides y no opioides), antieméticos, laxantes, ansiolíticos y otros psicotropos, corticoides, etc. Y en estas condiciones hasta el 20% padece interacciones medicamentosas.

Los autores realizan una revisión sistemática de la literatura sobre interacciones medicamentosas en cuidados paliativos a través, principalmente, de: MEDLINE (1966-1998), The Medical Letter y la bibliografía de los artículos y resúmenes más importantes. Los resultados presentan los mecanismos farmacocinéticos y farmacodinámicos que intervienen. Se hace mención a la farmacogenética, es decir, al polimorfismo genético que presentan ciertos pacientes o grupos de población y que se traduce en una capacidad metabólica diferente y, por tanto, en una sensibilidad peculiar a algunos fármacos. En el cuerpo del artículo se revisan de manera detallada las interacciones de las diferentes familias de medicamentos de uso común en cuidados paliativos: antidepresivos, neurolepticos, ansiolíticos, anticomiciales, opioides, AINE, antihistamínicos, antitúxicos, antibióticos e, incluso, citostáticos empleados en quimioterapia. En el control de síntomas y, en concreto, en relación con el dolor, si no se tienen en cuenta estas interacciones se corre el riesgo de provocar sobredosificación (y toxicidad) o bien persistencia del síntoma por administrar un tratamiento insuficiente.

Comentario

La información que se aporta es exhaustiva sobre las interacciones medicamentosas en cuidados paliativos. Desde el punto de vista práctico, quizá sea demasiado abundante el respaldo farmacocinético y/o farmacodinámico que se incluye para explicar los mecanismos de interacción entre fármacos. En cualquier caso, se trata de una revisión que va a servir de referencia a partir de ahora. Y, por tanto, sería recomendable que todos los médicos que trabajan en cuidados paliativos dispusieran de una copia para consultar y resolver dudas.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 03-07-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Síntomas en adultos con cáncer de pulmón: revisión sistemática

Cooley ME. *Symptoms in adults with lung cancer: a systematic research review. J Pain Symptom Manage* 2000;19:137-153.

La autora revisa de manera sistemática los trabajos que estudian la incidencia de síntomas en enfermos con cáncer de pulmón. La revisión se lleva a cabo empleando unos criterios de selección tras obtener los artículos con una búsqueda de publicaciones en MEDLINE cruzando palabras clave. Los comentarios se orientan en dos sentidos: presentar los datos en relación con la incidencia de síntomas y hacer una crítica del método de los diferentes trabajos.

Se estima que el cáncer de pulmón es el tumor que se asocia a un mayor número de síntomas y una mayor repercusión emocional. Al diagnóstico los síntomas más frecuentes son astenia, dolor y anorexia. Mientras se recibe tratamiento oncológico (quimioterapia y/o radioterapia) los síntomas principales pasan a ser los derivados del propio tratamiento: náuseas, vómitos o disfagia. Por último en la fase terminal se alcanza una mediana de nueve síntomas por paciente, y los más frecuentes y más severos son: dolor, disnea y anorexia. La repercusión personal de estos síntomas (symptom distress) depende de la edad o el sexo: es menor en pacientes ancianos y parece mayor la repercusión psicológica en mujeres que en varones. Esta repercusión personal tiene una relación inversa con la supervivencia. Al revisar el origen de estos datos, se aprecia que los médicos suelen referir la importancia de los síntomas como más leve que el propio paciente, mientras que la los familiares tienden a presentarlos aumentando su gravedad.

Comentario

En cuanto a la crítica del método se señalan la heterogeneidad y las carencias de los estudios. Como ha venido sucediendo en numerosos trabajos sobre la incidencia y el control de síntomas falta un esquema claro y homogéneo en la selección, la recogida y el análisis de los datos. Finalmente se proponen remedios y líneas de trabajo para superar en un futuro estos defectos.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 04-07-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Neurolepticos. Los psicofármacos en el tratamiento de soporte en el cáncer, una revisión para el clínico.

Mazzocato C, Stiefel F, Buclin T, Berney A. *Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician. II. neuroleptics. Supportive Care Cancer* 2000; 8: 89-97.

Los neurolepticos son utilizados con frecuencia en los pacientes de cáncer avanzado. En este artículo se revisan la mayoría de los aspectos de su utilización pensando en ayudar al oncólogo clínico y al especialista de cuidados

paliativos cuando necesiten prescribir estos medicamentos. Se revisan las propiedades farmacológicas, las indicaciones: delirium, náuseas y vómitos, dolor, ansiedad, otros síntomas. También se examinan los efectos adversos, las interacciones y el perfil de cada fármaco. Se pone especial énfasis en el papel de los neurolepticos en el tratamiento del delirium.

Comentario

Artículo de revisión sobre neurolepticos en el paciente con cáncer. Breve. Presenta un cuadro muy útil que muestra clasificación de los neurolepticos según mecanismo de acción y sus propiedades farmacológicas. Incluye los dos nuevos neurolepticos atípicos Risperidona y Olanzapina. Contiene un buen esquema de la estrategia de tratamiento del delirium con cáncer avanzado. Sigue criterios DSM IV.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 06-07-2000
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Frecuencia, Causas y evaluación del delirium en pacientes con cáncer avanzado. Un estudio prospectivo.

Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira J, Hanson J, Suárez Almanzor ME, Bruera E D. Occurrence, Cause, and Outcome of Delirium in Patients With Advanced Cancer. Arch Intern Med 2000 (marzo); 160: 786-794

El delirium dificulta la comunicación y contribuye al malestar sintomático del paciente con cáncer avanzado. El trabajo tiene como objetivo evaluar la frecuencia, los factores precipitantes y el grado de reversibilidad del delirium en pacientes con cáncer avanzado. Se realiza un estudio prospectivo examinando esos puntos en 104 pacientes de una Unidad de Cuidados Paliativos para enfermos agudos de un hospital universitario.

En el momento del ingreso se diagnosticó delirium en el 44%, de los restantes pacientes durante su ingreso se presentó delirium en el 45%. Se consiguió revertir el delirium en 49% de los 94 episodios diagnosticados. En este estudio el delirium precipitado por opiodes, por otros medicamentos o por deshidratación se asoció a mayor reversibilidad. El delirium precipitado por los opiodes, por otros fármacos psicoactivos o por deshidratación es frecuentemente reversible cambiando el tipo de opiode o disminuyendo su dosis, interrumpiendo la administración de la medicación psicoactiva innecesaria, o hidratando, respectivamente. Cuando los factores precipitantes son metabólicos o la hipoxia se asocia no reversibilidad con más frecuencia. Los pacientes con delirium tienen menor supervivencia con valores estadísticamente significativos.

El delirium es una complicación multicausal frecuente del cáncer avanzado. A pesar de que su presentación terminal en la mayoría de los pacientes, el delirium resulta reversible en la mitad de los casos.

Comentario

Primer estudio prospectivo de delirium con enfermos con cáncer que combina los criterios DSM IV con la utilización de instrumentos validados –MMSE, MDAS,...- y que intenta analizar los factores precipitantes del delirium.

Se trata de un buen trabajo que confirma con sus resultados las múltiples observaciones clínicas que venía haciendo este grupo. Resulta algo complejo el análisis uni y multivariante realizado y con subgrupos pequeños al final. Me parece de gran valor para la práctica habitual la estrategia de screening, estudio del delirium e intento de detección de posibles precipitantes que han seguido los autores.

Otras revistas

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 07-07-2000
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Delirium

Ingham JM, Caraceni AT. Delirium. In: Berger AM, Portenoy RK, Weissman R, eds. Principles and Practice of Supportive Oncology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998: 477-495

Comentario

Capítulo de un reciente manual americano, con una revisión completa sobre el estado de conocimiento del delirium en el cáncer. Se ciñe a los criterios DSM IV que explica con detalle. Se detiene a exponer los factores predisponentes y precipitantes del delirium en el cáncer, siempre con referencias a los estudios disponibles. Podrían ser más detalladas las pautas de evaluación y tratamiento

Referencias a Libros

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 08-07-2000
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Replanteamiento del papel de la alimentación por sonda en enfermos con demencia avanzada.

Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. N Engl J Med 2000; 342:206.

Como línea general de tratamiento de los enfermos crónicos se evitan las medidas dirigidas al soporte de constantes vitales (ventilación, diálisis) pero se mantienen las que se consideran elementales: hidratación y nutrición. En los países occidentales la normativa legal que se ha desarrollado respalda este modo de actuar. En esta línea, en Estados Unidos aumenta la frecuencia con la que se colocan sondas de gastrostomía para alimentación a enfermos con demencia avanzada con la intención de garantizar la hidratación y la nutrición que se consideran básicas en enfermos que no son capaces de alimentarse por vía oral.

El autor aporta datos para demostrar que este tipo de tratamiento, que parece en auge, no es un remedio eficaz y puede suponer un riesgo para el paciente. Hay datos bibliográficos que muestran que la alimentación por sonda de gastrostomía no garantiza una alimentación adecuada ni es capaz de prevenir los episodios de broncoaspiración. Tampoco ha mostrado que mejore la supervivencia de los enfermos con incapacidad para la alimentación oral, propia de la etapa final de la demencia. Y existe, además, un cuerpo de doctrina deontológico y moral que respeta que se omitan este tipo de medidas en pacientes con demencia avanzada.

Comentario

El artículo es interesante y repasa una cuestión que podría originar debate en el ámbito de la Medicina Paliativa de las enfermedades neurológicas degenerativas. En este trabajo en más de una ocasión se valoran en conjunto las diferentes posibilidades de alimentación por sonda, no sólo de gastrostomía. Se presta, pues, a confusión pero abre el camino para la discusión sobre otros medios, como la alimentación por sonda nasogástrica, que tienen en parte características diferentes. Por último, queda a juicio del lector cómo se deberían adaptar estos criterios a la alimentación o la hidratación de otros enfermos terminales, sobre todo oncológicos.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 05-07-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Impacto del delirium sobre un índice pronóstico de paliativos.

Caraceni A, Maltoni, et al por el Italian Multicenter Group on Palliative Care. The impact of delirium on a

palliative prognostic score. Abstract 63 de 1st International Conference Research in Palliative Care JPSM 1998; 15: S20

Se estudió una cohorte de 393 pacientes con cáncer avanzado. Se encontró delirium en 27,7%. Los pacientes con delirium mostraron peores índices de supervivencia: 21 días frente a 39 en los que no presentaron delirium

Comunicaciones en Congresos

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 09-07-2000
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Estudio prospectivo sobre la frecuencia del delirium y su curso clínico

Allard P, Gagnon P, Masse B. A prospective study on delirium frequency and clinical course in terminally ill cancer patients.

Estudio piloto para medir incidencia y prevalencia de delirium en pacientes ingresados para cuidados terminales. De 89 pacientes consecutivos seguidos, la prevalencia de delirium fue de 13% y la incidencia 48%. Dos factores entre los estudiados se asociaron a una mayor incidencia de delirium: la dosis total de opioide pautado y la mayor dosis extras por dolor incidental.

Comunicaciones en Congresos

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 10-07-2000
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Prevalencia del delirium.

Spiller JA, Keen JC. A prospective prevalence audit of delirium. Abstract del V Congreso EAPC, Ginebra, septiembre de 1999

Se diagnosticó delirium en el 25 % de 100 pacientes en el momento del ingreso y en el 29% de 73 pacientes en UCP al cabo de 7 días de ingreso. Encontraron que el delirio hipoactivo fue el más frecuente (18%), frente a 5% de formas hiperactivas y 3% de mixtos. El delirium se presentó con más frecuencia en los pacientes a los que fue necesario ajustar la dosis de opioide en los 7 primeros días.

Comunicaciones en Congresos

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 11-07-2000
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Estreñimiento y empleo de laxantes: comparación entre fentanilo transdérmico y morfina oral.

Radbruch L. Sbatowski R. Loick G. Kulbe C. Kasper M, Grond S, Lehmann KA. Constipation and the use of laxatives: a comparison between transdermal fentanyl and oral morphine. Palliative Medicine 2000; 14: 11-119

Este grupo alemán investiga con este trabajo el estreñimiento y el empleo de laxantes en 46 pacientes con dolor por cáncer en un estudio secuencial: primero fueron tratados con morfina oral de liberación retardada y, al cabo de seis días, 36 enfermos fueron cambiados a fentanilo transdérmico durante 1 mes. Solo 23 pacientes completaron el estudio (dos fallecieron y 12 fueron excluidos por varias razones). Se midió cada tres días el porcentaje de pacientes que hizo deposición y el porcentaje de ellos que usó laxantes. Se encontró que la frecuencia de deposiciones no cambió significativamente –se mantuvo entre el 50-75% de los pacientes- pero sí se redujo drásticamente la necesidad de laxantes en el período de fentanilo desde 78-87% a 22-48%. Uno de los problemas que los autores reconocen en la discusión del estudio es el haber utilizado un ratio equianalgésico morfina:fentanilo algo alto en comparación con otros estudios (100:1, como recomienda el fabricante, en este estudio, frente 70:1 en otros estudios, es decir usan menos fentanilo para una misma dosis previa de morfina). De hecho se ve en el estudio que aumenta la necesidad de dosis analgésicas de rescate en los días del cambio a fentanilo y la necesidad de ajustar al alza la dosis de fentanilo tras el cambio. Quizá, indican los autores, estos datos sugieran que menos dosis equianalgésica de opioide supone, por tanto, también menos estreñimiento. Al final los autores tienen la honradez de calcular su propio ratio de conversión y comprobar que en realidad la dosis con la que se consiguió equianalgnesia fue 75:1.

Comentario

Otros trabajos, como el de Ahmedzai con 202 pacientes en estudio abierto y cruzado, habían sugerido ya que el fentanilo provoca menos estreñimiento que la morfina oral. Este trabajo, con 23 pacientes, presenta la novedad de comparar, en el mismo sujeto, no solo número de deposiciones (en el que no encuentra diferencias) sino también el consumo de laxantes que resulta inferior tras el cambio a fentanilo. Sigue pendiente de confirmación este hallazgo mediante randomizado doble ciego. Queda la duda de si seis días de régimen de morfina oral son suficientes para valorar el ritmo intestinal. Tampoco se aclara qué régimen analgésico previo tenían los pacientes. Estreñimiento aparte, el estudio viene a subrayar marginalmente el problema de la equianalgnesia de morfina-

fentanilo. La recomendación del fabricante parece algo conservadora. Para orientar, si se usa lo que recomienda el fabricante, ratio 100:1, un parche de 25 mcg/hora, colocado 24 horas, equivaldría a 60 mg de morfina oral diarias. Usando 70:1 la dosis oral de morfina previa sería de 42 mg de morfina oral diaria. Viene bien señalar que el estudio morfina versus fentanilo de Ahmedzai en el que morfina estriñe más se usaba ratio 150:1, esto es, un parche de 25 mcg/h equivaldría a 90 mg de morfina al día. Urge una clarificación.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Centeno Cortés, 12-07-2000
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra.

Fase II de hexacetanido de triamcinolona en ascitis maligna sintomática recurrente.

Mackey JR, Wood L, Nabholz JM, Jensen J, Venner P. A phase II trial of triamcinolone hexacetanide for symptomatic recurrent malignant ascites. J Pain Symptom Manage 2000; 19: 193-199

La ascitis en pacientes oncológicos se asocia a una supervivencia media de uno a cuatro meses. La presencia de metástasis hepáticas supone una supervivencia menor; sin embargo, un factor de buen pronóstico es que se deba a un cáncer de ovario. Los tratamientos antitumorales consiguen alivio en el 40% de los pacientes. Los diuréticos sólo son eficaces en ascitis secundaria a disfunción hepática por infiltración metastásica severa. Las derivaciones peritoneovenosas se emplean en pacientes muy seleccionados y se asocian a una tasa elevada de complicaciones. Por este motivo, las paracentesis evacuadoras repetidas son el tratamiento principal de la ascitis maligna sintomática. Se suele practicar un promedio cinco paracentesis por paciente, espaciadas entre sí 10 días, y en cada una de ellas se drenan cerca de cinco litros de líquido ascítico.

En este estudio se incluyen 15 pacientes oncológicos con ascitis. En 11 hay confirmación citológica de malignidad del líquido ascítico y en seis hay evidencia de metástasis hepáticas (cuatro de ellos con citología negativa de la ascitis). A todos se les practicó una paracentesis antes de ser incluidos en el ensayo y otra coincidiendo con el inicio del estudio en la que, tras drenar el líquido, se instilaron en 2 minutos 10 mg/kg de triamcinolona en la cavidad peritoneal. Posteriormente, el paciente solicitó repetir la paracentesis cuando reaparecieron los síntomas. En conjunto, 13 de los 15 enfermos padecieron ascitis de nuevo pero el intervalo entre punciones creció de 9,5 + 1,6 a 17,5 + 2,7 días (p = 0,008). La cantidad de líquido que se obtuvo no cambió de manera significativa. En conjunto, la evaluación de los síntomas (bienestar, dolor, náuseas, disnea, anorexia, aspecto físico, distensión abdominal) mejoró cerca de un 10% tras la triamcinolona. La complicación más

severa fue una peritonitis bacteriana por Gram negativos al cabo de 21 días en un paciente, que respondió a antibioterapia parenteral. Los pacientes en que el intervalo de tiempo entre paracentesis se duplicó presentaban un menor gradiente de albúmina entre suero y líquido ascítico (< 1,1 gr/dL), lo que sugiere que los corticoides pueden reducir la permeabilidad capilar y la entrada de albúmina en la cavidad peritoneal.

Comentario

El trabajo intenta conocer si el tratamiento de la ascitis en enfermos en hemodiálisis (triamcinolona intraperitoneal) es efectivo también en la ascitis de los enfermos oncológicos. Los resultados son positivos e interesantes. Sin embargo pierden fuerza por el escaso número de pacientes y porque su grupo control histórico son ellos mismos. Además, en la medida en que la respuesta depende de la solicitud de paracentesis por el propio pacientes, se admiten sesgos por componentes subjetivos, como el bienestar que puede producir un corticoide (de liberación lenta) en pacientes que previamente no lo recibían.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 13-07-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Fentanilo transdérmico en pacientes que no han recibido opioides. Estudio abierto con fentanilo transdérmico para el tratamiento del dolor oncológico crónico en pacientes que no han recibido opioides y en un grupo con codeína.

Vielvoye-Kerkmeer APE, Mattern C, Uitendaal MP. Transdermal fentanyl in opioid-naive cancer pain patients: An open trial using transdermal fentanyl for the treatment of chronic cancer pain in opioid-naive patients and a group using codeine. J Pain Symptom Manage. 2000;19(3):185-92.

Se realizan dos estudios paralelos, cada uno con 14 pacientes con dolor oncológico lo suficientemente grave (sin especificar) como para requerir opioides fuertes. En el primer grupo se incluyen enfermos que recibían analgesia únicamente con paracetamol (1º escalón de la OMS) y en el segundo pacientes en tratamiento con codeína (2º escalón). A todos se les comienza a administrar parches de fentanilo de 25 mg/h con ajuste de la dosis a demanda en los días sucesivos. Se permiten rescates de morfina oral de liberación rápida adaptadas a la dosis de fentanilo en ese momento.

10 de 14 pacientes en el grupo con paracetamol y 9 de 14 en el de codeína consideraron los resultados "buenos o excelentes". La toxicidad del fentanilo (náuseas, vómitos, estreñimiento o mareo) coincide con la que se describe en

otros estudios más amplios. Los que habían recibido codeína toleraron mejor el fentanilo con menos efectos adversos por paciente (1,9 vs 3,9) y un número menor de pacientes que necesitaron laxantes (2 vs 9). Fue necesario un promedio de dos dosis de rescate diarias de morfina por paciente y casi el 70% de los enfermos fueron aumentando las dosis de fentanilo: la mediana de dosis al terminar el ensayo (al cabo de 4 semanas) fue de 50 mg/h.

Comentario

La conclusión del estudio es que se puede comenzar a emplear fentanilo sin encontrar complicaciones severas en pacientes con dolor oncológico importante que reciben analgesia tanto en el 1º como en el 2º escalón de la OMS. Sin embargo, no se trata propiamente de un estudio comparativo sino de dos ensayos paralelos, ambos con un número escaso de pacientes. Y se encuentra, de nuevo, uno de los problemas más importantes del fentanilo en el dolor oncológico: la propia progresión del dolor (pareja a la progresión del cáncer) suele precisar un aumento rápido de las dosis (en teoría cada tres días) y la toma de varias dosis diarias de morfina de rescate.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 14-07-2000
Hospital Clínico Universitario de Valladolid