

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



20ª Entrega. Diciembre 2004

INDICE

Articulo	Pag.
En lo que se refiere a la investigación clínica, los pacientes de Cuidados Paliativos no deben ser considerados una población más vulnerable.	1
Las personas en sus últimos días de vida son una población especialmente vulnerable en la investigación clínica.	1
Cómo analizar los datos perdidos en los estudios en Cuidados Paliativos.	1
Las percepciones de las enfermeras del Liverpool Care Pathway respecto al paciente terminal en el entorno del hospital.	2
El punto de vista de los profesionales y sus experiencias sobre el uso del resultado de una intervención en Cuidados Paliativos	2
Heridas infectadas por hongos: unificar conceptos para el manejo del aislamiento social	3
Evaluación de la administración intrapericárdica de cisplatino en casos de derrame pericárdico maligno recurrente y taponamiento cardiaco.	3
Dexametasona añadida a metoclopramida en las náuseas crónicas de los enfermos con cáncer avanzado; estudio comparativo de asignación aleatoria.	4
Expectativas, preferencias, cuidados y resultados en pacientes en edad madura y ancianos con cáncer en situación terminal.	5
Utilización de antibióticos por vía parenteral en una unidad de cuidados paliativos; análisis prospectivo de la práctica diaria	6
Morfina para el control de la disnea en pacientes oncológicos terminales: ¿es apropiada en Taiwán?	6
Pulsioximetría, utilidad en el tratamiento de soporte y cuidados paliativos	7
La asociación de un segundo opioide puede mejorar la respuesta a los opioides en el dolor por cáncer: datos preliminares.	7
Aceptabilidad del dolor severo en adultos hospitalizados.	8
Rotación opioide desde fentanilo transdérmico a metadona oral en pacientes con dolor por cáncer.	8
Tipo de asistencia sanitaria al final de la vida: ¿influye la edad en la atención a mujeres con cáncer de mama?	9

En lo que se refiere a la investigación clínica, los pacientes de Cuidados Paliativos no deben ser considerados una población más vulnerable.

Berry SR. For purposes of research, palliative care patients should not be considered a vulnerable population. Clin Oncol 2004; 16: 223-224.

En esta revista dos autores responden, cada uno desde una postura diferente, a la pregunta de si hay que considerar que el enfermo en situación terminal es especialmente vulnerable a los daños que puede ocasionar la investigación clínica. Este primer autor se presenta como defensor de la postura que sostiene que no se debe considerar vulnerable. ¿Por qué? Porque el pronóstico (la cercanía de la muerte) no implica siempre vulnerabilidad y porque hace falta individualizar las decisiones para respetar la autonomía del paciente y no caer en un falso paternalismo. Y porque al negar la opción de participar en estudios clínicos a estos pacientes se les niega a ellos mismos el que puedan aprovechar las posibles ventajas de la medida que se esté valorando y se cierra la vía a que esta área de la Medicina progrese y se afiance con conocimientos científicos basados en la evidencia.

Comentario

El autor presenta sus conclusiones, razonadas pero deliberadamente parciales (que es lo que se busca al confrontar artículos de controversia). Y son conclusiones que hacen pensar. Efectivamente, no se puede generalizar el concepto de vulnerabilidad a todos los pacientes en situación terminal. Pero son muchos, seguramente una gran mayoría de estos enfermos, los que por sus circunstancias de deterioro (síntomas, delirium), de dependencia, de necesidad de salvaguardar cierta esperanza, sí que presentan una o varias condiciones que los hace especialmente frágiles. Entonces, ¿cómo abordar la investigación clínica en estos enfermos? Pues más que perfilar los criterios ("quién es vulnerable y quién no"), lo que haría falta es adaptarlos, de manera que la investigación clínica se ajuste a las condiciones de estos pacientes.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 11-12-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Las personas en sus últimos días de vida son una población especialmente vulnerable en la investigación clínica.

Hawryluck L. People at the end of life are a vulnerable research population. Clin Oncol 2004; 16: 225-226.

En la controversia que plantea la revista, a este autor le

corresponde responder y argumentar a favor de la afirmación de que el enfermo en situación terminal es especialmente vulnerable a los daños de la investigación clínica. Aparte de las limitaciones propias de estos enfermos, el autor recuerda que sus problemas (síntomas físicos, sufrimiento emocional, delirium) fluctúan en ocasiones de día en día, casi de hora en hora. Así que es difícil asumir que un paciente ha sido capaz (en lo bueno o en lo malo) de tomar una decisión sensata y firme, inamovible. Además, aparecen reacciones paradójicas de negación a cualquier tipo de relación (como colaborar en un estudio) o de deseo de agradar y de complacer, que pueden hacer que se tienda a participar de una manera poco razonada. Y todo ello sin entrar a valorar la influencia y la intervención de la familia. En todo caso, esta vulnerabilidad no supone paralizar cualquier iniciativa. Al contrario, lo que exige es adoptar unos estándares más elevados, es decir, tomar las precauciones necesarias para ser más rigurosos al evaluar los riesgos y los posibles beneficios del estudio, la capacitación del paciente y su necesidad de información para decidir participar o no en un estudio.

Comentario

La relación entre factores como riesgo, beneficio, información, consentimiento, otras alternativas... es diferente en el enfermo en situación terminal. ¿A qué enfermo en nuestro medio se le debe insistir en que conozca su enfermedad, sus pocas opciones terapéuticas y su pronóstico a corto plazo para que pueda dar un consentimiento realmente "informado"? Por desgracia, exacerbar hasta el extremo los planteamientos de limpieza ética (y de defensa del paciente) en la investigación clínica nos podría llevar al absurdo de tener que reconocer que es un imposible... De acuerdo con el autor creo que la conclusión es que hay que crear, que adaptar unos criterios propios para la investigación clínica en el enfermo en situación terminal.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 11-12-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Cómo analizar los datos perdidos en los estudios en Cuidados Paliativos.

Palmer JL. Analysis of missing data in palliative care studies. J Pain Symptom Manage 2004; 28: 612-618.

En Cuidados Paliativos es frecuente que se pierdan datos de numerosos enfermos que entran en estudios clínicos. Y esta pérdida no suele ser aleatoria, al contrario es frecuente que se deban al deterioro clínico o incluso al fallecimiento del paciente. Evaluar estas pérdidas como si fueran sencillamente aleatorias puede ocasionar sesgos importantes. Para resolver este problema hay varias alternativas metodológicas. Pero estas alternativas se basan en suposiciones diferentes y pueden llegar a ofrecer

resultados realmente diferentes. Estos datos perdidos se pueden valorar por tres métodos diferentes: el paciente con datos perdidos no se incluye en el análisis, se toma el valor basal para sustituir el valor perdido o se repite en el seguimiento el último valor conocido. Al emplear los tres métodos en el análisis de los datos de dolor, sedación y náuseas de un estudio reciente que comparaba morfina y metadona como primera opción de tratamiento en el dolor oncológico se encuentra con que los resultados cambian de manera relevante en función del método que se utilice. Además estas diferencias son mayores al llevar a cabo el análisis correspondiente al día 8º que al día 29º. Esto puede deberse a que las pérdidas de los primeros días se deben más al efecto del propio tratamiento (toxicidad, falta de eficacia) y en los últimos días la causa debe de ser la progresión de la enfermedad y el deterioro que provoca. El autor sugiere que en estudios en que la pérdida de datos puede modificar los resultados, lo más prudente es que se ofrezcan a los lectores análisis con diferentes métodos para que ellos mismo puedan valorar las posibles diferencias.

Comentario

En los estudios clínicos que se llevan a cabo en Cuidados Paliativos la pérdida no tanto de datos como de pacientes a lo largo del seguimiento puede ser realmente importante. De hecho no es raro que hasta uno de cada tres pacientes no concluya el estudio. Y esto produce, por una parte, falta de precisión en los resultados y, por otra, sesgos difíciles de medir. Los pacientes pueden perderse, sin más, por el deterioro propio de la progresión de la enfermedad. Pero también pueden salir del estudio como consecuencia de los efectos del propio tratamiento que se intente evaluar, o por las dos causas. Y eso altera los resultados. No hay ningún remedio "ideal" para solventar ese problema porque nadie sabe a ciencia cierta qué hubiese pasado con esos enfermos de haber seguido... Pero sí que se puede intuir si se tantean cuáles hubiesen sido estas opciones. En el fondo, este problema vuelve a plantear dos problemas con los que hay que acostumbrarse a convivir: las dificultades metodológicas de la investigación en Medicina Paliativa y la incertidumbre que rodea los resultados incluso en los estudios de mayor calidad.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 12-12-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Las percepciones de las enfermeras del Liverpool Care Pathway respecto al paciente terminal en el entorno del hospital.

Jack BA, Gambles M, Murphy D, Ellershaw JE. Nurses' perceptions of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in the acute hospital setting. Int J Palliat Nurs. 2003 Sep;9(9):375-81.

El Liverpool Care Pathway (LCP) para el paciente terminal se desarrolló con el fin de transferir el modelo de cuidados del Hospice a otro ámbito.

Se trata de un documento multiprofesional que ofrece un marco de trabajo basado en las pruebas que sirven para la fase terminal del enfermo. Este documento aconseja sobre diferentes aspectos de los cuidados necesarios, entre ellos habla de las medidas de confort (valorar el curso de la medicación y no interrumpir lo esencial, medicación subcutánea, interrupción de las intervenciones inapropiadas, etc.) de las intervenciones psicológicas (habilidades de comunicación así como del soporte espiritual y la comunicación y apoyo a la familia).

En este artículo se presentan los resultados de un estudio que ha analizado las percepciones de las enfermeras de los hospitales sobre el impacto del LCP usando entrevistas con una serie de grupos. Se realizó un análisis por temas y los resultados sugieren que, por lo general, las enfermeras consideran que el LCP tuvo un impacto positivo en los pacientes, familiares, enfermeras y médicos.

Este artículo también analiza los beneficios y los límites potenciales de su utilización.

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Paulina Pérez Yuste, 13-12-2004

El punto de vista de los profesionales y sus experiencias sobre el uso del resultado de una intervención en Cuidados Paliativos

Hughes R, Aspinall F, Addington-Hall J, Chidgey J, Drescher U, Dunckley M, Higginson IJ. Professionals' views and experiences of using outcome measures in palliative care. Int J Palliat Nurs. 2003 Jun;9(6):234-8.

Este artículo presenta el resultado de un estudio de 26 profesionales que tenían práctica en utilizar una escala de resultados de intervención que llaman POS (Palliative Care Outcome Scale). Este POS consiste en diez puntos que pueden usarse posiblemente como ayuda física, psíquica y espiritual, en el campo de los cuidados paliativos. Hay dos versiones del POS, una para el enfermo y otra para los profesionales.

Estos profesionales participaron en una entrevista telefónica semiestructurada, se fueron recogiendo los comentarios de los participantes y luego se analizaron los datos. Este análisis dio como resultado una serie de temas claves: la razón que éstos tenían para usarlo, y su aplicación en contextos clínicos. La conclusión es que es importante entender el proceso de los resultados para mejorar su puesta en marcha, si se hicieran más investigaciones en

este sentido se deberían estudiar en un contexto, en una estructura cultural y social más amplia, ya que estos factores pueden influir en la puesta en marcha de la medida de los resultados. En este sentido es muy importante que esos resultados no se desarrollen en el vacío sino que siempre tengan que ver con las necesidades y experiencias de individuos y servicios.

Comentario

Sería una buena práctica utilizar escalas de resultados de intervenciones, pero creo que no estamos muy familiarizados en anotar todas las intervenciones que realizamos y menos en medir esas intervenciones.

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Paulina Pérez Yuste, 13-12-2004

Heridas infectadas por hongos: unificar conceptos para el manejo del aislamiento social

Piggin C. Malodorous fungating wounds: uncertain concepts underlying the management of social isolation. Int J Palliat Nurs. 2003 May;9(5):216-21

Las heridas infectadas por hongos pueden aumentar el aislamiento social en pacientes que necesitan de cuidados paliativos por los cambios en la imagen corporal. Hay una falta de consenso respecto al manejo efectivo desde el punto de vista de los enfermos que presentan heridas infectadas por hongos. Así aparecen diferentes teorías de "corazas" para entender las alteraciones de la imagen corporal. Este artículo explora las teorías usadas en la creación de esta coraza que va a ser usada en las intervenciones con estos pacientes que experimentan este aislamiento social. Este argumento es la necesidad para los profesionales del cuidado de la salud de la apreciación de la falta de consenso con la literatura y de entender el contexto de las relaciones entre la teoría y lo que se busca durante la investigación.

Comentario

El autor ofrece investigación y recomendaciones clínicas

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Paulina Pérez Yuste, 13-12-2004

Evaluación de la administración intrapericárdica de cisplatino en casos de derrame pericárdico maligno recurrente y taponamiento cardiaco.

Tomkowsky WZ, Wisniewska J, Szturmowicz M, Kuca P, Burakowsky J, Kober J, Fijalkowska A. Evaluation of intrapericardial cisplatin administration in cases with recurrent malignant pericardial effusion and cardiac tamponade. Support Care Cancer 2004;12:53-57

Objetivo: Evaluación de la eficacia y efectos secundarios de la administración de cisplatino intrapericárdico en la prevención del derrame pericárdico maligno recurrente.

Pacientes y método: 46 pacientes (33 hombres, 13 mujeres; edad media 55.6 ± 10.5 años).

El diagnóstico de malignidad se basó en el examen histológico de muestras extraídas del tumor primario. La mayoría de pacientes presentaban una neoplasia de localización intratorácica (41 pacientes, 86% de los 46 estudiados). En 35 casos, se realizó pericardiocentesis, y en 11 casos, cirugía asistida por videotoracoscopia (VATS). La etiología maligna del líquido pericárdico se confirmó mediante examen histológico, mientras que la citología del mismo se obtuvo mediante biopsia pericárdica, VATS o mediante ecocardiografía. Si el drenaje diario de líquido pericárdico excedía los 50 ml/día, durante 5-7 días, se instiló cisplatino intrapericárdico de acuerdo con uno de estos tres regímenes de administración:

1º) 10 mg de cisplatino disueltos en 20 ml de suero salino isotónico durante 5 minutos administrados a lo largo de 5 días consecutivos (39 pacientes).

2º) 50 mg de cisplatino disueltos en 100 ml de suero salino isotónico durante 30 minutos, 5 días consecutivos (6 pacientes).

3º) 20 mg de cisplatino disueltos en 40 ml de suero salino isotónico durante 10 minutos, 5 días consecutivos (1 paciente).

El tratamiento se consideró exitoso en los casos en que se constató la no recurrencia de derrame importante mediante ecocardiografía, y no fueron necesarias nuevas intervenciones. La eficacia del tratamiento fue calculada en los pacientes con supervivencia mayor de 30 días. La seguridad del tratamiento fue estudiada sobre la totalidad de pacientes investigados.

Resultados: -Debido a un avanzado deterioro previo a consecuencia del proceso canceroso, 8 de los 46 pacientes (17.4%), sobrevivieron menos de 30 días, sobreviviendo a esos 30 primeros días los 38 restantes (82.6%).

-Se alcanzaron efectos positivos con el tratamiento con cisplatino intrapericárdico, en 43 de los 46 pacientes (93.5%), y en 35 de los 38 pacientes que sobrevivieron pasados 30 días (92%).

-En el subgrupo con de pacientes con neoplasias pulmonares no microcíticas, y supervivencia mayor de 30 días, se documentó una elevada eficacia (29 de 31 casos; 93.5%).

-La supervivencia media en el grupo de los 38 individuos que sobrevivieron más de 30 días fue de 102.5 días.

-Se observó Fibrilación Auricular secundaria a cisplatino en 7 de los 46 casos (15.2%), y esclerosis del espacio pericárdico sin síntomas de constricción en 5 de los 46

casos. (10.9%).

Conclusiones: la administración de cisplatino en el espacio pericárdico es un método eficaz y relativamente seguro en el tratamiento del derrame pericárdico maligno y recidivante, especialmente en el caso de las neoplasias pulmonares de "no célula pequeña".

Comentario

Las limitaciones del estudio propuestas por los propios autores

- 1) No es un ensayo randomizado
 - 2) Razones éticas: el conocimiento previo de la enorme tasa de recurrencias en los casos de derrame pericárdico maligno primario y una muy buena experiencia con la administración de cisplatino intrapericárdico en estos casos, (basada en los primeros casos tratados en nuestra institución con este método) fue sustancial al diseñar nuestro estudio sin un grupo control.
 - 3) La eficacia de la administración intrapericárdica fue fundamentalmente estudiada en casos asociados a neoplasias pulmonares. Otros tumores primarios sumamente frecuentes que involucran la afectación pericárdica, por ejemplo cáncer de mama, melanoma maligno, linfomas o leucemias, no se investigaron.
 - 4) Tras la administración intrapericárdica de cisplatino, una proporción importante de pacientes recibieron tratamiento quimioterápico sistémico. Este manejo puede potenciar los efectos beneficiosos del tratamiento intrapericárdico o bien mejorar la supervivencia de los pacientes tratados. En cualquier caso, en 13 de los pacientes que fueron tratados con quimioterapia sistémica, aparecieron síntomas de taponamiento cardiaco pese a dicho tratamiento. En este grupo, el alivio del derrame pericárdico maligno se consiguió tras la administración de cisplatino intrapericárdico exclusivamente.
 - 5) Se investigaron 3 regímenes de tratamiento. Los datos obtenidos con las pautas nº 2 y 3 están basadas en un grupo de pacientes muy reducido, y no son comparables con los resultados obtenidos con la pauta nº1.
 - 6) Potencialmente, los resultados podían variar según se hubiese tratado a los pacientes mediante pericardiocentesis o mediante VATS, debido a las diferentes tasas de complicaciones y eficacia de cada uno de las técnicas. De todos modos, es necesario resaltar que en todos los casos tratados mediante VATS, se objetivó un importante débito diario de fluido pericárdico durante varios días después de la cirugía, el cual fue oportunamente en descenso. La administración intrapericárdica de cisplatino fue eficaz en todos los casos tratados con VATS.
 - 7) La afectación maligna del pericardio fue confirmada únicamente con ecocardiografía en un número de casos relativamente importante (9 pacientes), no obstante la imagen ecocardiográfica fue tan evidente que el diagnóstico de metástasis resultaba altamente probable.
- Otras matizaciones: En términos matemáticos, resulta vital para cuestionar la firmeza estadística del estudio el tratarse de un estudio no randomizado este hecho sitúa el trabajo revisado al estudio de nivel II-III.
- Sorprende también la distribución de los individuos en tres pautas de tratamiento, sin que tengan a bien explicar porqué esas pautas, dosis, duración y no otras. Es posible que los investigadores hayan seguido modelos previos,

pero desde luego, no lo especifican. Además, la asignación de los pacientes a cada una de las tres pautas, no parece aleatoria lo cual podría invalidar los resultados del estudio al crear un sesgo (39 pacientes en la 1ª pauta, 6 pacientes en la 2ª y tan sólo 1 en la 3ª pauta).

Respecto a la indicación de pericardiocentesis existen varios tratados en los que se insiste en el peligro de realizar una pericardiocentesis "a ciegas" (3). Estos investigadores polacos no sólo disponen de una ecocardiografía de urgencia para la realización la técnica, sino que en ocasiones, pueden realizar una pericardiocentesis asistida por videotoroscopia. Otro tema es la posibilidad real de un enfermo oncológico avanzado de acceder a una UCI para realizar dicha técnica lo cual parece escapar a las posibilidades de la mayor parte de los centros públicos del país

En ningún caso aparece referencia expresa a la calidad de vida de los pacientes sometidos a este tratamiento. Desde el punto de vista de los cuidados paliativos, o incluso desde los cuidados continuos, nos debe preocupar tanto la cantidad como la calidad de vida de los pacientes. Este trabajo no nos informa de los síntomas que mejoraron o empeoraron después del tratamiento.

Como reconocen los propios investigadores, deberán realizarse investigaciones posteriores que puedan confirmar estos resultados.

Javier Prados, MIR de Cuidados Intensivos
Hospital U Arnau de Vilanova

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 16-12-2004
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Dexametasona añadida a metoclopramida en las náuseas crónicas de los enfermos con cáncer avanzado; estudio comparativo de asignación aleatoria.

Bruera E, Moyano JR, Sala R, Rico MA, Bosnjak S, Bertolino M, Willey J, Strasser F, Palmer JL. Dexamethasone in addition to metoclopramide for chronic nausea in patients with advanced cancer: a randomized controlled trial. J Pain Sympt Manag 2004;28:381-8

La mayoría de los enfermos con cáncer avanzado padecen en algún momento náuseas durante más de dos semanas y sin una causa inmediata. En ocasiones pueden ser (parcialmente) resistentes a un tratamiento sencillo como la metoclopramida. En este estudio comparativo de asignación aleatoria se incluyen 51 pacientes con náuseas mantenidas y de intensidad al menos moderada que no alcanzaron mejoría tras 48 horas de tratamiento antiemético únicamente con metoclopramida oral. Se distribuyó de manera aleatoria la toma de 10 mg cada 12 horas de dexametasona oral (25 pacientes) o placebo (26 pacientes) a la vez que se mantenía la metoclopramida oral (10 mg

cada 4 horas). La duración del estudio fue una semana; ocho pacientes (16%) no completaron este tiempo. Al finalizar el estudio la intensidad de las náuseas (EVA 0-10) se había reducido sensiblemente tanto con dexametasona (de 8,0 a 2,1) como con placebo (de 7,4 a 2,0), aunque se encontró cierta tendencia a una mayor rapidez en la mejoría en el grupo con dexametasona. En los dos grupos se apreció una mejoría similar en el apetito (algo más rápida con dexametasona) a la vez que mantenían estables las valoraciones de dolor, bienestar y calidad de vida (cuestionario FACT). No se encontraron diferencias relevantes en cuanto a los posibles efectos secundarios.

Comentario

Los resultados son un poco sorprendentes: ¿la dexametasona no resulta eficaz en el tratamiento de las náuseas resistentes a metoclopramida? Algo similar se podría decir sobre su efecto para mejorar el apetito o la sensación de bienestar o como coadyuvante en el dolor. Y a la vez se aprecia que el paso del tiempo hace que las náuseas tiendan a remitir o que la metoclopramida vaya aumentando su eficacia... Probablemente, como reconocen los propios autores, puede haber un problema de diseño: pocos pacientes, un número de pérdidas no desdénable, poco tiempo de tratamiento previo con metoclopramida como para afirmar que realmente las náuseas son resistentes, dosis muy altas de corticoide oral que pueden tener un efecto paradójico, pacientes con el dolor bastante controlado, variables con un componente subjetivo muy marcado que pueden verse modificadas por el estricto control diario que exigía el protocolo. En todo caso, tal vez el mensaje con el que uno se puede quedar no es tanto "la dexametasona no resulta eficaz" como que, probablemente, "la eficacia de la dexametasona, si existe, no es desde luego tan grande como muchos nos esperaríamos". Sin olvidar que también en Cuidados Paliativos hay síntomas que tienden a mejorar espontáneamente con el paso del tiempo.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 19-12-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Expectativas, preferencias, cuidados y resultados en pacientes en edad madura y ancianos con cáncer en situación terminal.

Rose JH, O'Toole EE, Dawson NV, Lawrence R, Gurley D, Thomas C, Hamel MB, Cohen HJ. Perspectives, preferences, care practices, and outcomes among older and middle-aged patients with late-stage cancer. J Clin Oncol 2004; 22: 4907-4917.

Los autores estudian 720 pacientes de 45 a 64 años y 696 de 65 años o más con cáncer avanzado incluidos en el estudio SUPPORT. Analizan las expectativas de supervivencia según la estimación de los propios enfermos

y de los médicos, la calidad de vida (bienestar) percibida por los pacientes, las preferencias en el tipo de cuidados y los resultados de los tratamientos. Llama la atención que la expectativa de supervivencia es sensiblemente mayor cuando la estima el paciente que cuando lo hace el médico; el 80% de los enfermos considera que va a llegar o a superar los seis meses de vida mientras que la proporción de médicos que hace esa estimación es menos del 40%. En conjunto la mayor parte de los pacientes incluyen entre sus objetivos o expectativas respecto al tratamiento el alivio del dolor. Aun así, sólo se aprecia una buena relación entre las preferencias y los cuidados que reciben en los pacientes ancianos. En estos enfermos, los tratamientos dirigidos a incrementar la supervivencia (como la posible reanimación cardiopulmonar) suponen más intervenciones y una mayor discusión. En los enfermos de edad entre los 45 y los 64 años, el "encontrarse bien" se asocia a una mayor preferencia por técnicas de reanimación cardiopulmonar. En general, en ambos grupos una expectativa de supervivencia mayor suele ir unida a una inclinación más evidente por las técnicas de reanimación y de soporte. Cuando es sólo el médico el que prevé una mayor expectativa de supervivencia, es menos probable que plantee el problema de qué cuidados se debería llevar a cabo en una situación crítica. De hecho, cuanto peor es el pronóstico, más fácil es que se planteen este tipo de cuestiones. En todo caso, la intensidad de los cuidados no parece que se asocie a una mayor supervivencia.

Comentario

Los autores plantean una de las cuestiones básicas en la labor asistencial: cómo influyen las expectativas de los pacientes en su actitud y en los resultados del tratamiento. En este estudio se aprecia que una expectativa de supervivencia prolongada se asocia a una mayor inclinación a aceptar o a pedir técnicas de reanimación y de soporte llegado el caso. En la medida en que el paciente no dispone de los datos suficientes para conocer su situación y/o entra en una fase de negación, sus expectativas crecen. Y con las expectativas crecen las exigencias. Y con las exigencias, la tensión con el personal que lo atiende. Muchas situaciones tensas del día a día no son más que la consecuencia de un desencuentro por la desproporción entre las expectativas y la realidad de lo que la Medicina puede ofrecer. Un problema añadido es que no es raro que las expectativas y la esperanza se encuentren entrelazadas. Y a la hora de matizar las expectativas es conveniente buscar modos de comunicarse que permitan respetar las esperanzas del paciente.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 21-12-2004
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Utilización de antibióticos por vía parenteral en una unidad de cuidados paliativos; análisis

prospectivo de la práctica diaria

Clayton J, Fardell B, Hutton-Potts J, Webb D, Chye R. *Parenteral antibiotics in a palliative care unit; prospective analysis of current practice. Palliative Medicine* 2003;17:44-48

Compañeros australianos llevaron a cabo este estudio descriptivo entre los años 1999-2000 para determinar distintos aspectos relacionados con el uso de antibióticos por vía parenteral en una unidad de cuidados paliativos.

De 913 admisiones consecutivas, en 41 pacientes se prescribieron antibióticos (24 varones y 17 mujeres), con una mediana de edad de 70 años. En dos pacientes se repitieron los tratamientos con antibióticos.

Los diagnósticos de estos pacientes eran: 34 pacientes con enfermedad neoplásica avanzada; 6 pacientes con HIV; 1 paciente con presunción de enfermedad neoplásica. En el momento de la administración del tratamiento antibiótico, 8 pacientes (19%) se encontraban en una fase aguda de la enfermedad; 17 pacientes (39%) se encontraban en una fase estable; 12 pacientes (28%) en un estado de deterioro de la enfermedad y 6 pacientes (14%) se hallaban en la fase terminal.

Los diagnósticos de las infecciones fueron: Infección urinaria (37%); infección del tracto respiratorio inferior (26%); de tejidos blandos o úlceras (16%); de secreciones respiratorias en la fase terminal (5%) y otras (16%).

Los tratamientos fueron administrados de manera empírica en la mayoría de los casos; las infecciones urinarias se confirmaron mediante urinocultivo en 13 de 16 casos; en un paciente se detectó un hemocultivo positivo; dos pacientes presentaron cultivos positivos de esputo y otro paciente presentó un cultivo positivo para el cultivo de úlcera cutánea.

Los fármacos utilizados en este estudio fueron: Gentamicina como monofármaco en el 39% de los casos (n=17); Ceftriaxona en el 33% de los casos (n=14). La combinación de gentamicina+ceftriaxona fue administrada en el 12% de los casos (n=5). Flucoxacilina lo fue en el 9% de los casos (n=4).

La vía de administración fue: vía endovenosa en el 58% de los casos (n=25) y por vía intramuscular en el 42% de los casos (n=18).

En cuanto a la duración del tratamiento, la media fue de 2,3 días, con un máximo de 9 días.

La impresión del equipo asistencial sobre la efectividad o no de la administración del tratamiento con antibióticos fue considerada como útil en el 62% de los casos (27/43); como no útil en el 19% de los casos (8/43). En otros 8 pacientes (8/43) se perdió el seguimiento al haber sido transferidos a otras unidades.

De los 43 pacientes que recibieron tratamiento con antibióticos por vía parenteral, 23 fallecieron durante el período de admisión (10 casos antes de una semana; 9 casos antes de un mes). 20 pacientes fueron dados de alta (14 a domicilio, 3 a una residencia y 3 fueron transferidos a otro hospital).

Comentario

El uso de antibióticos por vía parenteral en pacientes que se

hallan en una fase terminal de su enfermedad (neoplásica o no) debe ser valorado de manera muy cautelosa por parte del equipo asistencial para no caer en tratamientos fútiles que no van a aportar nada o casi nada a la supervivencia del paciente. Sí que estaría justificado su uso si, después de una evaluación atenta, se considera que el tratamiento de la causa subyacente aportará una mejoría en la calidad de vida del paciente y ayudará al control de los síntomas.

Como siempre, una inmejorable comunicación con el entorno social del paciente nos va a ayudar mucho para conseguir los objetivos previamente fijados. Dado que no es infrecuente la aparición de fiebre en la fase terminal de nuestros pacientes, en aquellas ocasiones en las que, tras una evaluación detenida, se considere que éstos no aportarán beneficio alguno, hay que dar una explicación convincente a los familiares sobre el no uso de fármacos antibióticos, caso que la etiología sea infecciosa y proponer, entonces, una serie de medidas no farmacológicas para el control de este síntoma. Como siempre, el estado previo de la calidad de vida del paciente, valorada con cualquier test disponible, es el que nos va a indicar la idoneidad del tratamiento antibiótico.

Caso de prescribirse, el antibiótico debe cumplir al menos dos premisas: una, que sea de amplio espectro; dos, que sea de administración única diaria.

Estos estándares son de difícil cumplimiento en el domicilio dada la dificultad de acceder a vías venosas y a la dificultad por parte de algunos equipos de disponer de antibióticos de amplio espectro, muchas veces limitado su uso a centros hospitalarios.

Palliative Medicine

Revisor: Jaime Canal Sotelo, 31-12-2004
UCP Hospital jaume d'Urgell

Morfina para el control de la disnea en pacientes oncológicos terminales: ¿es apropiada en Taiwán?

Hu WY, Chiu TY, Cheng SY, Chen CY. *Morphine for dyspnea control in terminal cancer patients: Is it appropriate in Taiwan? J Pain Symptom Manage* 2004; 28(4):356-63

Se trata de un estudio prospectivo realizado en la unidad de Paliativos de un hospital universitario de Taiwán. El objetivo era estudiar el uso de morfina en el tratamiento de la disnea en pacientes oncológicos terminales en dos sentidos: si el equipo médico, la familia y el paciente consideran el uso de morfina éticamente aceptable y eficaz, y la influencia de su uso en la supervivencia.

Se recogieron a diario la valoración de la disnea de 0-10, tratamiento con morfina para su control, aceptación ética y satisfacción del personal médico, familia y paciente con el uso de morfina para control de la disnea.

Se analizaron los datos de la admisión y de las 48 horas

previas al fallecimiento. Se incluyeron 136 de 271 pacientes, 77 (56,6%) varones, la mitad mayores de 65 años. El primario más frecuente era el pulmonar (16,4%). En la admisión 66 pacientes (48,6%) presentaban disnea, leve (<3) en 19 pacientes y moderada o severa en 47. El 40,9% estaban en tratamiento con morfina. También 66 pacientes presentaban disnea 48 horas antes del fallecimiento, pero la intensidad media de la disnea era significativamente mayor que en la admisión. El 54,6% (36) estaban en tratamiento con morfina para controlarla. Un paciente presentó depresión respiratoria. La aceptación ética de la familia y el personal médico fue mayor del 90%. En 5 pacientes, las familias y el personal médico no consideraron eficaz a la morfina para controlar la disnea. Catorce de los 19 pacientes que eran capaces de valorar el efecto de la morfina, estaban satisfechos. No se encontró influencia del uso de morfina sobre la supervivencia tanto en admisión como en las 48 horas previas al fallecimiento.

Comentario

La disnea es uno de los síntomas más estresantes en los pacientes terminales y además es un síntoma frecuente. Los autores señalan que el uso de morfina en su país se limita, en ocasiones, por temor a los efectos secundarios y a los efectos sobre la supervivencia. El estudio recoge la opinión de profesionales, familiares y pacientes sobre la aceptación ética y la eficacia del uso de morfina para controlar este síntoma. No encuentran influencia de la morfina sobre la supervivencia en estos pacientes. Llama la atención que sólo la mitad de los que presentaban disnea 48 horas antes del fallecimiento recibían tratamiento con morfina. Aunque se trata de un ambiente cultural distinto, también nos encontramos con ciertos reparos en el uso de opioides. Es conveniente, por ello, adquirir cada vez más experiencia en su uso, para poderlos usar con la mayor seguridad siempre que sean necesarios.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Ana de Santiago Ruiz, 30-12-2004
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

Pulsioximetría, utilidad en el tratamiento de soporte y cuidados paliativos

Vora VA, Ahmedzai SH. Pulse oximetry in supportive and palliative care. Support Care Cancer 2004;12:758-61

En este trabajo los autores hacen un repaso sobre los fundamentos de la pulsioximetría y su aplicación en cuidados paliativos señalando que, en cuidados paliativos, podría utilizarse en la evaluación y manejo de la disnea, para asesorar la toma de decisiones en torno al tratamiento domiciliario con oxígeno, monitorización de la toxicidad respiratoria inducida por drogas o medir la respuesta de saturación de oxígeno ante determinados tratamientos, entre

otras. Recogen también las posibles limitaciones de este sistema y lo ilustran con dos casos clínicos.

Comentario

Se trata de un trabajo sencillo y de fácil lectura que nos permite repasar indicaciones y limitaciones de una técnica poco invasiva que puede colaborar con el clínico en la toma de decisiones.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 12-01-2005
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

La asociación de un segundo opioide puede mejorar la respuesta a los opioides en el dolor por cáncer: datos preliminares.

Mercadante S, Villari P, Ferrera P, Casuccio A. Addition of a second opioid may improve opioid response in cancer pain: preliminary data. Support Care Cancer 2004;12:762-66

Los autores presentan un trabajo en el contexto de las diferentes características y afinidades de los opioides por los receptores.

Su objetivo es evaluar las posibles ventajas de asociar un segundo opioide a dosis bajas para evitar la escalada de dosis del primero y los efectos secundarios que se derivan de ella.

Material y Método: lo describen como un estudio abierto y prospectivo en pacientes con cáncer y dolor mayor de 4/10 que no mejora con escalada analgésica del 100% de la dosis previa, durante una semana. Quedaron excluidos los pacientes con toxicidad asociada a la escalada de dosis. La dosis inicial del segundo opioide fue inferior en un 20% a la equianalgésica que el correspondía (los autores ofrecen sus equivalencias). Otras variables analizadas fueron: KPS, tumor primario y metástasis, otros síntomas, índice de escalada opioide calculado en mg/semana. Los autores utilizan el test de Wilcoxon para establecer diferencias en las intensidades de dolor y el test de t Student para valorar las diferencias en las dosis medias analgésicas.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes que fueron randomizados en tres grupos: Fentanilo TTS + Morfina oral; Morfina Oral + Fentanilo TTS; Morfina Oral + Metadona. La edad media fue de 61,5 años. Fueron varones 9. El tumor más frecuente fue el pulmonar y el KPS medio fue de 40. Los autores recogen en tablas las oscilaciones de cada fármaco antes y después de la asociación del segundo opioide así como los cambios en la intensidad del dolor. En conjunto parece apuntarse que la asociación de un segundo opioide permite mantener fijas las dosis del opioide previo con descenso del dolor.

Comentario

Se trata de un trabajo interesante tanto por los resultados que ofrece como por la revisión de la literatura que justifica la metodología seguida. De todos modos estos resultados son muy preliminares ya que las muestras de cada grupo son muy pequeñas. La descripción de la metodología seguida es un poco confusa y parece que los casos no se incluyeron de una forma aleatoria.

Vale la pena tenerlo en cuenta pero con muchas reservas

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 12-01-2005
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Aceptabilidad del dolor severo en adultos hospitalizados.

Maroney CL, Litke A, Fischberg D, Moore C, Morrison RS. Acceptability of severe pain among hospitalized adults. J Palliat Med. 2004 Jun;7(3):443-50.

Algunos pacientes que experimentan dolor severo lo consideran aceptable. Los autores, profesionales del Hospital Monte Sinaí de Nueva York, profundizan mediante el presente estudio en el conocimiento de esta disparidad.

Los objetivos consisten en la descripción de las características de los pacientes que presentan este hecho, la identificación de factores que predigan la aceptabilidad del dolor severo y la descripción de las razones enunciadas para calificar el dolor severo como aceptable.

Nos encontramos ante un estudio descriptivo, prospectivo y aleatorizado. La muestra se obtuvo a partir de los pacientes que ingresaron en unidades médico-quirúrgicas del mencionado hospital. El estudio incluyó a 4136 pacientes que fueron entrevistados a diario. De estos, 1254 (30%) experimentaron dolor severo en el momento de la entrevista o en las últimas 24 horas. El 31% de los pacientes que experimentaron dolor severo manifestaron que este dolor era o fue aceptable para ellos. A los pacientes que consideraron el dolor severo como aceptable se les formuló una pregunta abierta: "¿Por qué le parece aceptable el dolor?" y se grabaron las respuestas. Por lo tanto, dentro del estudio cuantitativo principal, se realizó un subestudio cualitativo.

Un 56% de los pacientes presentaba dolor severo en el momento de realizar la entrevista, mientras que un 44% lo sufrió en las 24 horas previas. De los pacientes que estaban experimentando un episodio de dolor severo en el momento de la entrevista, 17% manifestaron que el dolor era aceptable, mientras que de los pacientes que experimentaron un dolor severo durante las 24 horas previas, y que no presentaban dolor en el momento de la entrevista, 49% manifestaron que el dolor fue aceptable.

Las variables objetivas (estudio cuantitativo) relacionadas significativamente con un episodio de dolor severo aceptable fueron la resolución del episodio de dolor, intervención quirúrgica reciente, raza negra, menor edad y ausencia de tratamiento analgésico reciente. Las variables subjetivas (subestudio cualitativo) relacionadas con un episodio de dolor severo aceptable fueron, según manifestaron los pacientes, la desaparición del dolor (34%), la creencia que el dolor desaparecería (19%), la capacidad para aguantarlo (19%), la idea de que nada podía ser hecho (13%), la disminución del dolor (7%), la negativa a la toma de tratamiento analgésico (5%), el miedo a efectos adversos del tratamiento analgésico (1%) y "otros" (2%).

Comentario

Ante el hecho de que un dolor severo sea considerado aceptable puede surgir la idea de que no sea necesario tratar el dolor. Sin embargo, investigaciones recientes relacionan la presencia de dolor severo con resultados adversos como una menor recuperación funcional, peor calidad de vida, mayor riesgo de delirium, una estancia hospitalaria más larga y un mayor coste, entre otros. Debido a esto, es inadecuado no tratar un dolor intenso porque el paciente lo considere aceptable.

Como demuestra este estudio, la aceptabilidad del dolor severo conduce a un infradiagnóstico del mismo. De esta forma, un número importante de pacientes pueden estar sufriendo un dolor severo sin llegar éste a ser detectado y tratado. Por ello, sería interesante que futuros estudios dirigidos a mejorar el manejo del dolor valoraran a la vez su intensidad y su aceptabilidad.

Journal of Palliative Medicine

Revisor: José Centeno Mattern, 16-01-2005
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

Rotación opioide desde fentanilo transdérmico a metadona oral en pacientes con dolor por cáncer.

Benitez-Rosario MA, Feria M, Salinas-Martin A, Martinez-Castillo LP, Martin-Ortega JJ. Opioid switching from transdermal fentanyl to oral methadone in patients with cancer pain. Cancer. 2004;101(12):2866-2873

Se realizó un estudio con el objetivo de valorar la eficacia y seguridad de un protocolo de rotación opioide de fentanilo transdérmico a metadona. De 560 pacientes ingresados en una unidad de Cuidados Paliativos se incluyeron 17 en los que se realizó una rotación de fentanilo a metadona por dolor mal controlado a pesar del tratamiento con fentanilo transdérmico y/o por efectos secundarios de dicho opioide. No se incluyeron pacientes con Índice de Karnofsky <40%.

En el protocolo de rotación se utilizó la equivalencia morfina:metadona de 5:1, aunque en los casos de dosis de fentanilo mayores de 400, incremento progresivo de dosis de fentanilo en los últimos 10 días o delirium, la equivalencia fue de 10:1. La dosis de metadona se administraba (cada 8 horas) entre las 8 y 24 horas siguientes a la retirada de fentanilo según la dosis previa de éste fuera menor o mayor. Los rescates se hacían con el 10% de la dosis de metadona diaria. Cada 72 horas se titulaba la dosis metadona. Todos tenían dolor mal controlado y 5 delirium. La rotación opioide fue total o parcialmente eficaz en el 80% y 20% de los pacientes con dolor somático respectivamente; el dolor neuropático no se modificó con la rotación. Se observó una tendencia hacia un menor uso de rescates a partir sobre todo del tercer día. Cuatro pacientes presentaron somnolencia que revirtió al disminuir la dosis de metadona. La media de la dosis equivalente el séptimo día era 1:17 (1:8 a 1:33). Aunque existía una correlación lineal entre la dosis de fentanilo y la dosis final de metadona, no se halló correlación entre la dosis previa de fentanilo y la equivalencia de dosis al final de la rotación.

Comentario

No existen muchos estudios realizados sobre la rotación de fentanilo a metadona, por eso este estudio resulta interesante, aunque el número de pacientes incluidos sea reducido y eso reste fuerza a los resultados. Los autores presentan un protocolo para realizar una rotación de opioides que resulta complicada debido a la farmacocinética particular de éstos y a la dificultad para conocer su equivalencia de dosis. Como en otros estudios la rotación consiguió mejorar notablemente el control del dolor y el delirium, pero llama la atención que el dolor neuropático no se modificara tras la rotación, aunque es verdad que sólo eran dos pacientes los que presentaban dicho dolor.

Otras revistas

Revisor: Ana de Santiago Ruiz, 07-01-2005
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

Tipo de asistencia sanitaria al final de la vida: ¿influye la edad en la atención a mujeres con cáncer de mama?

Gagnon B, Mayo NE, Hanley J, MacDonald N. Pattern of care at the end of life: does age make a difference in what happens to women with breast cancer? J Clin Oncol, 2004 Sep;2(17):3458-65.

Los Cuidados Paliativos (CP) se han convertido en el tipo de atención sanitaria más adecuado en el final de la vida. A partir de esta premisa, el Dr. Bruno Gagnon acomete el presente trabajo con el objetivo fundamental de describir el grado en el que la población recibe CP. Para ello toma como referencia los 6 últimos meses de vida de 2.291 mujeres

que fallecieron por cáncer de mama y utiliza datos administrativos para un estudio descriptivo prospectivo realizado a nivel poblacional, la región de Québec en Canadá.

El estudio arroja los siguientes resultados. La mayoría de las mujeres (75%) recibieron un bajo grado de asistencia sanitaria con un enfoque paliativo. Este tipo de asistencia fue todavía menor en mujeres menores de 50 años, mientras que en mujeres mayores de 70 años fue mayor. La norma fue un modelo de asistencia sanitaria con un enfoque más "medicalizado" que paliativo.

La frecuencia de muertes en domicilio fue muy baja, un 6,9%, mientras que el 69,6% falleció en camas de agudos.

En cuanto a la evaluación del último ingreso hospitalario, aquél en el que se produjo la muerte, la norma fue un ingreso prolongado con implicación de uno o varios especialistas diferentes de un paliativista. La interconsulta a un especialista en CP fue especialmente infrecuente (9,7%). Esta baja frecuencia de consultas a un paliativista, unida a una baja frecuencia de muertes en camas de CP (16%) sugiere una escasez de estos especialistas en hospitales de agudos o en centros oncológicos.

Sólo en un pequeño número de mujeres el seguimiento fue realizado por un médico de Atención Primaria, tanto en consulta como con visitas domiciliarias. El seguimiento de las mujeres fue realizado generalmente por especialistas hospitalarios a través de consultas externas. Las mujeres acudieron repetidamente a los Servicios de Urgencias, ya sea con o sin el eventual ingreso hospitalario.

Todos estos datos indican que las necesidades de las mujeres en fase terminal por cáncer de mama no fueron cubiertas por los recursos existentes de Cuidados Paliativos.

Comentario

La extrapolación de los resultados de este estudio permite llegar a unas conclusiones importantes.

A pesar de que los Cuidados Paliativos son considerados la mejor forma de atender a pacientes terminales, la cobertura de las necesidades de la población en este sentido son bajas. El estudio apunta hacia niveles de política sanitaria para lograr una mayor implantación de los Cuidados Paliativos.

Por otro lado, se pone de manifiesto que el factor edad desplaza el tipo de atención sanitaria desde un enfoque paliativo hacia un enfoque "medicalizado" en pacientes de menor edad, impidiéndoles de esta forma beneficiarse de las ventajas de una atención paliativa.

Por último, hay que destacar, en cuanto a la metodología del estudio, que se trata del primer trabajo que utiliza indicadores obtenidos de bases de datos administrativas para definir el tipo de atención sanitaria.

Otras revistas

Revisor: José Centeno Mattern, 29-01-2005
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

