

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



22ª Entrega. Julio 2005

INDICE

Articulo	Pag.
La calidad de vida en el dolor crónico guarda más relación con las creencias sobre el dolor que con su intensidad.	1
Gabapentina en el hipo refractario.	1
Muerte y retraso mental	1
Factores que influyen en la variabilidad de la respuesta a opioides	2
Resúmenes del 17 Simposium Internacional de la Asociación Multinacional de Tratamiento de Soporte en el Cáncer (MASCC)	3
Dolor oral en pacientes ingresados en un hospice: valoración de incidencia y resultados microbiológicos.	3
Cuidados paliativos en enfermedades crónicas.	4
Me han mandado aquí.	4
Evolución de las enfermedades y Cuidados Paliativos.	5
Medida del intervalo QTc en pacientes en tratamiento crónico con metadona.	5
Utilización de un sistema port-a-cath para el tratamiento domiciliario del derrame pleural maligno recurrente y sintomático.	6
¿El apoyo emocional influye en la supervivencia?	6
Cuidados Paliativos para grupos en desventaja: gente con incapacidad intelectual.	7
Agitación terminal: Perspectiva de un equipo interdisciplinar de cuidados paliativos.	7
Empleo del ejercicio de miembros superiores para evaluar la disnea en pacientes con cáncer: tolerabilidad, posibilidad de repetirlo y sensibilidad.	7
Evaluación del dolor oncológico en ensayos clínicos. Revisión de la literatura (1999-2002).	8
Deseo de que la muerte llegue pronto, dolor oncológico y depresión: informe de un estudio observacional longitudinal.	9
Morfina nebulizada en comparación con morfina subcutánea en pacientes con disnea debida al cáncer: estudio preliminar.	9
La vasopresina en aerosol es segura y efectiva en el tratamiento de la hemoptisis moderada en enfermos que reciben Cuidados Paliativos.	10
Grupo de trabajo en tratamiento de soporte de la Universidad de L'Aquila: 2 años de experiencia	10
Levetiracetam como coadyuvante en plexopatías neoplásicas: Serie de Casos y Comentario.	11

Artículo	Pag.
Tratamiento de la sialorrea con escopolamina transdérmica: Aprovechar un efecto secundario para tratar un síntoma poco frecuente en pacientes con cáncer.	11
Efectos de la hidratación parenteral en pacientes oncológicos terminales: un estudio preliminar.	12

La calidad de vida en el dolor crónico guarda más relación con las creencias sobre el dolor que con su intensidad.

Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JWS, v.Kleef M, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. Eur J Pain 2005; 9: 15-24.

Los autores estudian un grupo de 1208 pacientes con dolor crónico (no oncológico) remitidos a una Unidad de Dolor. Entre otras variables, se analiza en concreto el componente de "catastrophising pain", que se podría interpretar como una visión (y/o una vivencia) catastrófica, "tremendista", del dolor y de los factores que lo desencadenan. En este estudio, los enfermos con peor calidad de vida son los que padecen lumbalgia y/o dolor en más de una localización. Al analizar todas las variables en conjunto, esta visión catastrófica del dolor ("catastrophising pain") es el factor que más marca la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico. Este modo tremendista de ver, de temer, de vivir y de transmitir la experiencia del dolor guarda relación con la capacidad de relación social, la vitalidad, la salud mental y física.

Comentario

Se puede aceptar que el dolor es una sensación y una vivencia. Y el modo en que se vivencia este dolor, define en buena medida el impacto que produce. Por este motivo, el dolor catastrófico, el dolor magnificante, tiene una carga emocional inmensa hasta el punto de que pocas cosas escapan a este dolor. Este "catastrophising pain" tiene características de "dolor total" y repercute con fuerza en la calidad de vida del paciente. Se podría pensar que es la experiencia del dolor lo que hace que se tenga y se exprese como un problema catastrófico. Pero, tal vez, puede suceder el proceso inverso, que esa visión tremendista la que hace que el dolor crónico tenga una repercusión aún mayor en la calidad de vida del paciente.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 09-04-2005
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Gabapentina en el hipo refractario.

Hernández JL, Pajarón M, García-Regata O, Jiménez V, González-Macías J, Ramos-Estébanez C. Gabapentin for intractable hiccup. Am J Med 2004; 117: 279-281.

Los autores presentan el caso de un paciente con cáncer gástrico avanzado e hipo refractario a corticoides, clorpromacina y baclofén que alcanzó una resolución

completa del hipo al día siguiente de comenzar con gabapentina (300 mg cada 8 horas). Hacen también una revisión de la experiencia que se ha publicado con gabapentina en hipo refractario, con datos de ocho pacientes (cuatro de ellos oncológicos) con control o parcial o completo del hipo. El criterio de hipo refractario no fue uniforme en los ocho pacientes. Además, no es una serie exhaustiva sino sólo datos parciales marcados por el sesgo de publicación que favorece que se presenten y se difundan los resultados más favorables, los de los pacientes que responden. Aun así, son datos esperanzadores y empujan a nuevos estudios.

Comentario

Los casos "anecdóticos" o las series breves de pacientes siguen teniendo validez en el control de síntomas en Cuidados Paliativos. Es cierto que no todos los resultados sorprendentes o esperanzadores que se presentan terminan por cuajar en indicaciones clínicas. Sin embargo, sí que abren vías de trabajo e investigación y ofrecen alternativas a pacientes con síntomas refractarios. Son alternativas basadas en una evidencia escasa, pero cuando se afronta un síntoma severo y que no responde a los tratamientos habituales, como el hipo que presentan los autores, es razonable probar con fármacos conocidos y con unos efectos secundarios razonables, como la gabapentina y que se hayan mostrado potencialmente activos.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 09-04-2005
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Muerte y retraso mental

Todd S, Blackman N. Mort et handicap mental. Journal Européen de Soins Palliatifs, 2005; 12 (1): 32-34.

Los autores plantean la cuestión de la terminalidad en los enfermos con retraso mental.

PUNTOS CLAVE

- La prolongación de la esperanza de vida de las personas con retraso mental es uno de los cambios más importantes en los últimos decenios.

Comentario

El artículo plantea brevemente, pero de forma ordenada, los distintos problemas asociados al retraso mental. Inicia su exposición relacionándolo con otros déficit congénitos que pueden limitar su esperanza de vida. Sin embargo, el progreso social y de la medicina sitúa a estos pacientes en unas condiciones de esperanza de vida similares a las del

resto de la población.

En muchos casos estos pacientes están en ambientes medicalizados o residenciales, próximos a otros enfermos y también a enfermos terminales. De alguna forma, escondidos de la sociedad.

Cuando llegan a una situación de terminalidad es imprescindible la colaboración profesional y humana para ayudar a los enfermos y sus familiares a afrontar el problema de la agonía y la muerte.

A pesar de todo, no existe información fiable sobre la vivencia del proceso de muerte en estos pacientes; de cómo informarles de su proceso, ni sobre el lugar donde suele producirse la muerte. Tampoco conocemos bien los instrumentos de valoración de síntomas adaptados a su situación ni los resultados del tratamiento.

European Journal of Palliative Care

Revisor: Joan Bertran Muñoz, 10-04-2005
Hospital San Rafael. Barcelona.

Factores que influyen en la variabilidad de la respuesta a opioides

Hanks GW, Reid C. Contribution to variability in response to opioids. Support Care Cancer 2005; 13:145-152

Se trata de un artículo de revisión que analiza algunos de los factores que condicionan las diferencias individuales de respuesta a los opioides, como son: la biodisponibilidad y el metabolismo. Señala algunas hipótesis que justifican la rotación opioide y algunas teorías que explican la existencia de dolores que responden mal a los opioides.

Respecto a la biodisponibilidad señala que la administración vía oral de muchos opioides puede tener un efecto negativo en su potencia analgésica. Tal es el caso de la morfina con una biodisponibilidad por vía oral del 20-30 % debido al metabolismo de primer paso hepático. No es así en el caso de la oxycodona que, a pesar de tener menor afinidad por los receptores μ , no sufre tan amplio metabolismo hepático dando lugar a una biodisponibilidad por vía oral del 60-87%.

Respecto al metabolismo el trabajo señala las diferencias propias de cada opioide. Así:

- La morfina se degrada en el hígado a morfina-6-glucuronido y morfina-3-glucuronido. La M6G produce algún efecto analgésico aunque no atraviesa fácilmente la barrera hemato-encefálica. Aunque morfina y M6G interaccionan sobre los receptores μ parecen precisar porciones diferentes del gen que codifica el receptor de membrana. Se conocen algunos polimorfismos que afectan al 10-14% de caucásicos y que generan una afinidad menor del M6G por su receptor. Esta diferencia de afinidad podría explicar algunas diferencias individuales hacia los efectos secundarios de la M6G aunque no se ha visto que los efectos analgésicos se vean modificados. La M3G es el metabolito más numeroso de la morfina, carece de efecto analgésico, no se une a receptores μ . Su acumulación en la

sangre parece ser responsable de fenómenos de neurotoxicidad: mieloclonus, alodinia y crisis comiciales sobre todo en los casos de insuficiencia renal.

- La oxycodona sufre un metabolismo oxidativo y es excretada por vía urinaria en forma de oximorfona. La administración intramuscular de oximorfona es 8.7 veces más potente que la morfina intramuscular. Sufre demetilación a noroxycodona que tiene muy poca afinidad por los receptores μ . Los metabolizadores lentos del citocromo CYP2D6 y las personas en tratamiento con algún inhibidor de este citocromo (fluoxetina) necesitan incrementos de dosis para alcanzar el mismo nivel de analgesia. Por todo ello la oxycodona no parece una buena alternativa a la morfina en pacientes con insuficiencia renal.

- La hidromorfona se metaboliza fundamentalmente a:

- hidromorfona-3 glucuronido: responsable, en animales de experimentación, de fenómenos de hiperexcitabilidad (2.5 veces más potente que M3G).

- hidromorfona-6 glucuronido (en menor proporción) se puede acumular en pacientes con insuficiencia renal y produce depresión respiratoria y somnolencia.

A pesar de todos estos datos experimentales, la hidromorfona parece ser clínicamente bien tolerada en paciente con compromiso renal.

- El fentanilo es un potente opioide que puede ser una alternativa en pacientes con insuficiencia renal porque no tiene metabolitos de degradación y menos de un 10% es excretado por orina. Su elevada liposolubilidad le lleva a tener una amplia distribución y una vida media corta. Todas estas propiedades cambian con la administración transdérmica, pero hay centros que están ensayando la inyección subcutánea y la infusión de fentanilo para el uso crónico o semicrónico.

- La metadona es el opioide con más diferencias interindividuales sobre su farmacocinética y farmacodinamia. Se absorbe rápidamente por vía oral, posee una biodisponibilidad del 80% y su vida media en plasma es de 24 horas, con una amplia distribución plasmática. Se une a proteínas titulares, se metaboliza por demetilación en el citocromo CYP3A4 y sus metabolitos son inactivos. Las variaciones interindividuales del enzima que degrada la metadona hace que sea un fármaco de uso complicado y restringido a especialistas.

Mecanismos que justifican la rotación opioide para el control del dolor:

- unión de los agonistas opioides a los 3 receptores de opioides μ , delta y kappa
- tolerancia cruzada incompleta,
- diversidad genética entre los pacientes debido a variaciones alélicas,
- diferencias en los mecanismos de aclaración.

Hipótesis que explican el dolor que responde mal a opioides:

- pérdida de receptores presinápticos para los opioides en las astas posteriores de la médula por daño en los nervios periféricos,
- acumulación de M3G que antagonice el efecto del M6G,
- la acción de péptidos como la colecistocinina capaz de activar los receptores NMDA.

El receptor NMDA es un receptor para un neurotransmisor excitador ·glutamato· capaz de activar los canales de calcio La interacción receptor - glutamato genera un aumento de

los niveles intracelulares de calcio y la activación de la cascada de la proteinkinasa C (PKC). Ello produce un cambio en la excitabilidad neuronal y en el comportamiento cerebral. Los receptores NMDA parecen jugar un papel importante en los fenómenos de tolerancia opioide, hiperalgesia y dolor persistente. Por ello los antagonistas NMDA como la Ketamina y Dextrometorfan han sido utilizados como coanalgésicos. Otros fármacos utilizados en el dolor con poca respuesta a opiodes son: antiarrítmicos como flecaínida y mexiletina, anticonvulsivantes como carbamazepina y gabapentina, benzodiacepinas, corticoides, AINES y antidepresivos tricíclicos.

Como conclusión cabe señalar que la respuesta variable a los opiodes puede tener múltiples causas que comenzamos a conocer. Esto exige del clínico una evaluación individualizada de cada paciente para ofrecerle el mejor tratamiento.

Comentario

Se trata de un artículo denso pero muy interesante que aporta novedades y una amplísima bibliografía sobre los temas abordados.

Anselmo Melgar. MIR Medicina Familiar y Comunitaria

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 22-04-2005
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Resúmenes del 17 Simposium Internacional de la Asociación Multinacional de Tratamiento de Soporte en el Cáncer (MASCC)

Abstracts of the 17 th MASCC International Symposium Supportive Care Cancer 2005; 13:401-483

Este número de la revista recoge los "abstracts" del último congreso de la Sociedad de Tratamiento de Soporte. Existen muchos resúmenes relacionados con los cuidados paliativos aunque otras áreas quedan referidas al manejo de las complicaciones oncológicas asociadas al tratamiento específico. Los resúmenes se pueden clasificar según los temas que abordan en:

- Tratamiento con Eritropoyetina en casos de anemia
- Tratamiento de la anorexia y beneficios del control nutricional en la tolerancia al tratamiento específico
- Tratamiento de las náuseas y vómitos
- Registro de síntomas
- Mucositis en pacientes tratados con quimioterapia y radioterapia
- Manejo de la neutropenia febril
- Astenia relacionada con el cáncer
- Evaluación económica de las intervenciones terapéuticas
- Tratamiento del dolor: analgésicos y coanalgésicos

- Problemas psicosociales asociados al cáncer
- Calidad de vida.

Comentario

Creo que merece la pena tener esta reunión en el calendario para remitir los resultados de algunos de nuestros trabajos de investigación. Aunque no es un foro específico de cuidados paliativos está muy abierto a cualquier iniciativa y se pueden aprender cosas nuevas de otras especialidades.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 27-07-2005
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Dolor oral en pacientes ingresados en un hospice: valoración de incidencia y resultados microbiológicos.

Anne K. Sore mouth in hospice in-patients: incidence and results of microbiological assessment. Progress in palliative care 2005;13(1):3-6.

Para realizar el estudio se entrevistaron cien pacientes consecutivos que ingresaron en el hospice, incluyendo definitivamente 83. Veinte pacientes (24%) refirieron tener dolor oral, realizándose toma para cultivo bacteriano, hongos y para determinación de virus del herpes simple (VHS) mediante PCR.

Los resultados que obtenidos mostraban que la causa de infección de mayor incidencia era candida, seguida de VHS, S. aureus y K. pneumoniae. En la discusión del trabajo los autores se centran en el alto porcentaje de pacientes con VHS positivo a pesar de haber sólo un caso con lesiones típicas y en la una incidencia superior a otros estudios, que justifican por la mayor sensibilidad de detección por PCR.

Así, resuelven que el tratamiento con agentes antivirales tópicos, como el aciclovir, podría ser útil en pacientes terminales con dolor oral.

Comentario

Este artículo pone de manifiesto la gran incidencia del dolor oral en pacientes terminales y que en la mayoría de los casos hay un agente potencialmente tratable, incluyendo el VHS, aunque la determinación por PCR se escapa a las posibilidades de la mayoría. La opción sería posible en caso de ser válido el tratamiento empírico con aciclovir en nuestros pacientes a pesar de no presentar lesiones herpéticas típicas.

Progress in Palliative Care

Revisor: Raúl Sánchez Posada, 05-07-2005
Hospital Ciudad de Coria

Cuidados paliativos en enfermedades crónicas.

Murray SA, Boyd K, Sheikh A. Palliative care in chronic illness. BMJ 2005; 330: 611-2.

Son muchos los pacientes no oncológicos en situación terminal en que no se plantea la opción de ofrecer unos cuidados, unos servicios y, en conjunto, una atención propia de Cuidados Paliativos. De hecho, si el médico se hiciera la pregunta "¿me quedaría muy sorprendido si al cabo de unos meses me dijeran que este paciente ha fallecido?" es probable que se planteara la opción de los cuidados paliativos en muchos enfermos que no parecen cumplir plenamente los criterios de situación terminal. Algunos hablan de "parálisis del pronóstico" al presentar la situación de muchos médicos que se ven incapaces de asumir la situación clínica y de actuar en consecuencia ante pacientes con enfermedades cardíacas, respiratorias, renales o metabólicas, como la diabetes, en situación avanzada. De hecho, lo que se sugiere en estos enfermos, para plantear una actitud mixta ("activa" y "paliativa"), no es tanto la evidencia de un pronóstico fatal a corto plazo como el aceptar la idea de que "no sería de extrañar que este paciente falleciera" al cabo de no mucho tiempo. Asumir esta situación requiere el consenso del personal sanitario, de la familia y, en cierta medida, del paciente. Esto es difícil porque en este tipo de enfermedades la situación terminal viene marcada por una clara ambivalencia: la expectativa de que la situación pueda estabilizarse (o se pueda superar la siguiente agudización) y el reconocimiento de que la muerte está ya muy cerca. Esto se traduce en que el objetivo del paciente y la familia sea una mezcla de cuidado activo y bienestar, control de vida y búsqueda y respeto a su dignidad. Es cierto que sería aconsejable conocer cuál es el modo de ver el futuro o el orden de valores y las preocupaciones del paciente, si bien sigue siendo raro que este tipo de cuestiones se planteen abiertamente.

Comentario

Este artículo recuerda que los criterios clásicos de enfermedad terminal, que son relativamente adecuados al paciente oncológico, no se adaptan del mismo modo a enfermos con otras patologías. En enfermedades degenerativas el pronóstico es siempre más incierto y eso se puede traducir en que la actitud "paliativa" puede y/o debe plantearse e iniciarse bastante tiempo antes de la fecha probable de fallecimiento, incluso con más de un año de anticipación, algo que raramente se plantea en el enfermo con cáncer avanzado.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 23-04-2005
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Me han mandado aquí.

Ofri D. They sent me here. N Engl J Med 2005; 352: 1476-8.

Se narra la escena de una mujer que acude a su Consulta con un sobre grande y, como única presentación, la frase "Me dijeron que le diera esto". Dentro del sobre, una radiografía de tórax, el informe correspondiente y una nota: "Ruego estudio de masa en LSI". La radiografía se había realizado a la paciente, fumadora de tres cajetillas al día, dentro del preoperatorio de una cirugía menor por un problema cutáneo. Al ver la radiografía y leer la nota, la actitud del médico cambió: no se trataba de completar la historia clínica en un preoperatorio de rutina sino de orientar los estudios al diagnóstico de un probable cáncer de pulmón. Pero nadie había informado a la paciente de la sospecha diagnóstica ni del motivo por el que era remitida a la Consulta de otro médico, tan sólo le habían dicho que la cirugía que estaba prevista se había suspendido... y la paciente no había intentado siquiera mirar dentro del sobre para ver qué podía haber ahí dentro. La escena viene aderezada con las reacciones interiores de la médico. Por una parte, perplejidad ante el modo de actuar de los que remitían a la paciente (¿cómo no compartieron la información con la enferma!), o de la paciente al no intentar conocer el porqué del cambio de planes (¿un modo de negar la situación y los riesgos?) o al no manifestar casi ningún tipo de reacción al recibir la noticia (¿incapacidad para comprender o parálisis al verse sobrepasada?). Y también ese primer impulso de la propia médico, que se vio tentada a remitir, también ella, a la paciente al "especialista correspondiente", al oncólogo, sin esperar más datos y sin dar demasiadas explicaciones.

Comentario

Se narra un sucedido, mitad historia, mitad cuento con moraleja, que a todos nos resulta cercano. Plasma la reacción de huida que tenemos más de una vez cuando las noticias que hay que dar son malas. Algo que hace pensar que los problemas de la información están tanto en el daño que se puede hacer al paciente como en la angustia del que se ve en la obligación de informar. Y nos enfrenta a ese "ellos" (los que "me dijeron que le diera esto"), impersonal, que engloba a los médicos que han atendido antes a un enfermo. Y nos hace ver esa situación en que los datos sobre las opiniones del médico que ha visto a la paciente nos llegan sólo por vía indirecta, matizadas (¿manipuladas?) por el paciente o la familia. El riesgo de que se induzca cierto desenfoque (voluntario o involuntario) aconseja una actitud de prudencia que se traduce en mantener cierto escepticismo o, al menos, cierta reserva en la interpretación de los datos y de los comentarios. También nos recuerda esa situación sorprendente en que el paciente, que es el primer protagonista, se convierte en mensajero para llevar de un médico a otro los datos sobre su propio problema, con cierta obligación moral de no curiosear en el contenido. Y, por último, los que estamos "al final de la cadena" de la atención (diagnóstico, tratamiento, seguimiento) del enfermo

oncológico, a expensas de lo que otros hayan decidido e informado (o no informado), nos vemos reflejados en ese intento de conocer qué sabe el paciente, qué quiere saber y cómo se lo podemos contar de manera que cuadre con lo que otros le han dicho, lo respete y se fundamente en ello.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 28-04-2005
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Evolución de las enfermedades y Cuidados Paliativos.

Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. BMJ 2005; 330:1007-11.

Los autores presentan, también de manera gráfica, las tres trayectorias, evoluciones, más habituales en pacientes con enfermedades crónicas y progresivas. La primera es la que corresponde al cáncer y que se caracteriza por presentar una etapa terminal bastante evidente, que se amolda con cierta claridad a unos criterios. La segunda corresponde a cuadros como las insuficiencias funcionales crónicas (cardíaca, respiratoria...), con un deterioro "lento" y agudizaciones severas de las que el paciente se suele recuperar... aunque en alguno de estos podría parecer hasta cierto punto "inesperado", de hecho en una mayoría de estos pacientes la muerte llega cuando los cuidadores piensan que la expectativa de vida sigue siendo de varios meses... La tercera posibilidad es la del deterioro continuo y prolongado, propio de los pacientes ancianos y/o con demencia. Sin olvidar los casos en que la presencia de una patología mixta hace que estas evoluciones se entremezclen en una diversidad de ritmos: agudizaciones severas con una recuperación limitada (patología vascular cerebral), patología crónica y de evolución lenta que aparentemente enmascara la causa que la produce (insuficiencia renal secundaria a patología sistémica), etc.

Comentario

Conocer la evolución (la historia natural) y el pronóstico de las enfermedades es un signo de buen hacer médico. Un buen objetivo puede ser el de comprender el mensaje de este artículo sobre las trayectorias de diferentes enfermedades avanzadas, aplicar estos conceptos a la práctica diaria e intentar transmitirlos a nuestros compañeros y a los familiares de los pacientes. De esta manera todos estaremos trabajando con los mismos criterios y, por así decirlo, estaremos hablando el mismo idioma, algo imprescindible para hacer una buena planificación de cuidados. Cada patología terminal, con su propia evolución, exige unos cuidados adecuados que, en ocasiones, deben comenzarse en etapas relativamente tempranas. Esto es aun más evidente en los procesos de pronóstico incierto, que son los que suelen sufrir mayor abandono. Por lo

demás, conocer la evolución de las enfermedades permite anticipar la toma de resoluciones de cierta relevancia, como son las relativas al lugar de fallecimiento, a los posibles tratamientos de soporte o a la conveniencia o no de iniciar medidas de reanimación (especialmente en patología cardiorrespiratoria).

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 02-05-2005
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Medida del intervalo QTc en pacientes en tratamiento crónico con metadona.

Cruciani RA, Sekine R, Homel P, Lussier D, Yap Y, Suzuki Y, Schweitzer P, Yankovitz SR, Lapin JA, Shaiova L, Shen RG, Portenoy RK. Measurement of QTc in patients receiving chronic methadone therapy. J Pain Symptom Manage 2005; 29(4):385-391

Se ha sugerido que la metadona podría prolongar el intervalo QT corregido (QTc) y predisponer por ello a la aparición de torsade de pointes. Se realizó un estudio prospectivo para evaluar la prevalencia de QTc prolongado en el tratamiento crónico con metadona e identificar factores asociados. Se incluyeron en el estudio 104 pacientes adultos en tratamiento durante más de dos semanas con al menos 20 mg/día de metadona oral (como analgésico o por drogodependencia), que estaban ingresados en unidades psiquiátricas, médicas o de cuidados paliativos, o de la consulta de la unidad del dolor. Se les realizó un ECG con 12 derivaciones y se estudiaron los iones que pueden afectar el intervalo QT (Na, K, Ca). El QT prolongado se definió como el intervalo mayor de 430 mseg en varones y 450 mseg en mujeres.

El 61% eran varones, el 37% estaba en tratamiento con metadona como analgésico, la edad media era $45,3 \pm 9,4$ años, la mediada de dosis de metadona era 110 mg/día (20-1200 mg/día) y la mediana de la duración del tratamiento 12,5 meses (1 mes-37 años). El 24% de pacientes tomaban fármacos (distintos de metadona) que prolongan el intervalo QTc. Un 32% de pacientes presentaban QTc prolongado y en el análisis multivariante de los posibles factores asociados se vio que el QTc prolongado estaba asociado con las dosis más altas de metadona solamente entre los pacientes varones que habían sido tratados durante un período igual o menor a 12 meses. Ningún paciente presentó torsade de pointes. Los autores destacan que aunque el 33% de los pacientes, presentaban QTc prolongado, ninguno llegaba a 500mseg, valor considerado de riesgo definitivo de torsades de pointes, incluso en pacientes con dosis elevadas de metadona (1200mg/día), lo cual sugiere que el riesgo de un QT prolongado importante o de torsade de pointes puede ser bajo en estos pacientes.

Comentario

Recientemente se han descrito casos de torsades de pointes en pacientes tratados con metadona, la mayoría fuera del ámbito de paliativos y con dosis elevadas, mayores que las empleadas habitualmente en paliativos. Este estudio destaca el hecho de que el QTc prolongado apareció con más frecuencia en varones y en los primeros meses de tratamiento, los autores apuntan la posibilidad de que se deba al desarrollo de tolerancia al fármaco. Como en estudios previos, se confirmó la relación del QTc prolongado con dosis elevadas de metadona, según algunos autores dosis mayores de 300 mg/día. En tales casos se deberían considerar además otros factores que podrían prolongar el QTc como posibles interacciones farmacológicas con metadona, alteraciones iónicas, otros fármacos que pueden prolongar el QTc, bradicardia o insuficiencia cardíaca.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Ana de Santiago Ruiz, 25-05-2005
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

Utilización de un sistema port-a-cath para el tratamiento domiciliario del derrame pleural maligno recurrente y sintomático.

Vefaille G, Herreweghe RV, Lamote J, Noppen M, Sacre R. Use of a Port-a-Cath system in the home setting for the treatment of symptomatic recurrent malignant pleural effusion. European Journal of Cancer Care 2005; 14: 182-184.

El artículo describe el manejo de dos casos de derrame pleural maligno recurrente. El primero, un paciente de 73 años con adenocarcinoma pulmonar en el que la pleurodesis por toracoscopia no dio resultado, requería toracocentesis cada cuatro días para el alivio de la disnea. El segundo era una mujer de 62 años con mesotelioma en el que se habían hecho dos intentos fallidos de pleurodesis. En ambos casos, se colocó un dispositivo port-a-cath de tipo peritoneal. El procedimiento, realizado por el mismo cirujano torácico, consistió en la introducción del catéter a través de una incisión de 1 cm. en la línea axilar media hasta el espacio pleural, con control radiológico. El catéter se conectó posteriormente al reservorio subcutáneo. Todo el procedimiento duró unos 20 minutos. Ya en el domicilio, una enfermera fue realizando una o dos veces por semana según la clínica, la punción en el reservorio, con drenaje de 500-1500 ml. en cada punción. El control de los síntomas fue excelente, no hubo complicaciones, y en el primer caso, el sistema seguía funcionando seis meses después (la otra paciente falleció un mes después debido a su enfermedad).

Comentario

El tratamiento de elección en los derrames malignos recurrentes sigue siendo la pleurodesis, con la que se consiguen buenos resultados mantenidos a largo plazo. Sin

embargo, en los casos en que no hay éxito por mala reexpansión pulmonar, esta técnica puede ser una buena opción, con la ventaja añadida de que el drenaje periódico se realiza en el domicilio.

Otras revistas

Revisor: José Javier De-Arriba Méndez, 29-05-2005
Unidad de Medicina Paliativa. Hospital N. S. Perpetuo Socorro. Albacete

¿El apoyo emocional influye en la supervivencia?

Burns CM, Craft PS and Roder DM. Does emotional support influence survival? Support Care Cancer 2005;13:295-302.

Se trata de un original que pretende conocer si la existencia de apoyo emocional mejora la supervivencia de pacientes con cáncer. Para ello realizan entrevistas estructuradas a pacientes de más de 18 años con diagnóstico de cáncer avanzado y atendidos en el Hospital Universitario de Canberra. A las variables epidemiológicas les añaden el nº de confidentes (personas de confianza con las que poder compartir sus preocupaciones y emociones) y el tipo de relación con la persona de confianza. Realizaron 163 encuestas (86 de ellas a mujeres). La edad media fue de 62.9 años. El 76% estaban casados y el 64% eran pacientes ambulatorios. Las neoplasias más frecuentes fueron mama 24% y pulmón 19%. El 68% presentaban metástasis a distancia. El 90.2% señaló que contaba con más de un confidente y en el 87% de los casos el confidente principal era la pareja. El análisis univariable relacionó mayor supervivencia con: sexo mujer, neoplasia de mama, tratamiento hormonal, buen nivel de autonomía funcional y número de confidentes menor de 2 o mayor de 3. El análisis multivariable mediante riesgos relativos de Cox, ajustado para tumor, extensión de la enfermedad, estado funcional y estado civil señaló que la mayor supervivencia se relaciona con un número de confidentes menor de 2 o mayor de 3.

Comentario

Se trata de un trabajo poco riguroso a mi entender. El apoyo emocional que analizan es el dispensado por la propia familia o amigos (que puede existir o no) y desde luego es poco especializado. En ningún caso se analiza la situación emocional del paciente previa al inicio del estudio ni las posibles dificultades de relación. Señalar la relación matemática entre mayor supervivencia y tener 1 o más de 3 confidentes es poco relevante. Considero que estamos ante una variable de confusión que nos despista de la verdadera variable.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 14-06-2005
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Cuidados Paliativos para grupos en desventaja: gente con incapacidad intelectual.

Ryan K, McQuillan R. Palliative care for disadvantaged groups: people with intellectual disabilities. Progress in Palliative Care 2005;13(2):70-74.

Una reciente publicación de la OMS pone de manifiesto que algunos grupos de población están excluidos de los mejores cuidados paliativos posibles, y entre ellos los pacientes con deterioro intelectual. Debido al aumento de su esperanza de vida también se ha incrementado la incidencia de cáncer, siendo similar al del resto de la población aunque con mayor prevalencia de leucemias, tumores testiculares y gastrointestinales, y menor de neoplasias broncogénicas, mama y próstata. Los principales problemas que se encuentran para la correcta atención son las barreras de comunicación del paciente, los factores relacionados con los profesionales y los factores organizativos. El acceso a cuidados paliativos es adecuado en pacientes que concomitantemente tienen cáncer pero no los que además tienen demencia. En casos de deterioro leve la expresión y localización del dolor es adecuada utilizando dibujos y permitiendo un tiempo adecuado para expresarse. Hay tener en cuenta la comunicación no verbal y la importancia del "dolor total" para poder entender lo que están expresando. Para ello hay escalas de control de síntomas específicas para estos pacientes (DisDAT). El concepto de la muerte está alterado pero no abolido, por lo que hablar sobre ésta debe hacerse de forma simple, de acuerdo a la situación del paciente y con otros soportes como música.

Comentario

Este artículo nos resume la situación de los pacientes con deterioro intelectual subsidiarios de cuidados paliativos y los principales problemas que se encuentran para poder ser atendidos correctamente. Principalmente una dificultosa comunicación y expresión de sus síntomas y sentimientos hacen que debamos adaptarnos y entrenarnos para poder facilitarles los mejores cuidados paliativos posibles.

Progress in Palliative Care

Revisor: Raúl Sánchez Posada, 05-07-2005
Hospital Ciudad de Coria

Agitación terminal: Perspectiva de un equipo interdisciplinar de cuidados paliativos.

Susan Brajtman. Terminal restlessness: perspectives of an interdisciplinary palliative care team. Int J Palliat Nurs 2005. 11(4): 170-178.

La agitación es un síntoma frecuente en pacientes que están en fase terminal de la enfermedad y que ocasiona gran angustia y estrés en los familiares y los profesionales. El presente artículo explora, desde la perspectiva de un equipo interdisciplinar de cuidados paliativos, las necesidades de los familiares y las experiencias que se viven en una situación de agitación terminal. Para realizar el estudio se utilizó la metodología cualitativa con dos grupos de discusión. El estudio se realizó en una unidad de Cuidados Paliativos de un hospital universitario de Israel. Los participantes de cada uno de los grupos fueron: 4 enfermeras, un médico y un trabajador social. Todos ellos tenían la experiencia de trabajar en una unidad de cuidados Paliativos entre 2 y 10 años. El guión utilizado en los grupos de discusión se desarrolló a partir de una revisión bibliográfica.

Los resultados emitidos pusieron de manifiesto la dificultad y lo estresante que puede resultar la agitación terminal y cómo esto puede repercutir en la toma de decisiones. Las percepciones y experiencias de los participantes se pueden agrupar en cuatro temas: sufrimiento, mantener el control, ambivalencia de sentimientos y el valor de la comunicación para reducir conflictos.

Como conclusión del estudio se sugirió tener un plan de tratamiento multidimensional para proporcionar el apoyo y la información que requieran los familiares, proporcionar estrategias de apoyo a los profesionales con pacientes en estado de agitación y por último, desarrollar criterios éticos y guías para el uso de sedación para el manejo de agitación terminal.

Comentario

El artículo estudia un síntoma frecuente y de difícil manejo en pacientes de cuidados paliativos desde la perspectiva del profesional, que ha sido poco estudiada. Además utiliza una metodología muy adecuada para identificar percepciones de los participantes y que ha sido poco utilizada en cuidados paliativos.

Al final del artículo sugiere desarrollar guías para el uso de sedación en pacientes con agitación aunque este tema está ya bastante trabajado y es difícil estandarizar la sedación en éstos pacientes ya que cada caso es distinto.

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Ana Carvajal Valcarcel, 11-07-2005
Clinica Universitaria de Navarra

Empleo del ejercicio de miembros superiores para evaluar la disnea en pacientes con cáncer: tolerabilidad, posibilidad de repetirlo y sensibilidad.

Wilcock A, Walker G, Manderson C, Carr D, Broadhurst D, Crosby V, et al. Use of upper limb exercise to assess breathlessness in patients with cancer: tolerability, repeatability, and sensitivity. J Pain Symptom Manage 2005; 29: 559-64.

Los autores han diseñado una discreta prueba de (mínimo) esfuerzo para evaluar la disnea en pacientes con cáncer de pulmón. El ejercicio a realizar consistía en elevar un brazo más de 40 cm. Podía ser sólo el brazo dominante (10 pacientes) o los dos brazos de manera alternativa (12 pacientes). Este movimiento se repetía a un ritmo propuesto de 80 por minuto. A los enfermos se les había enseñado previamente a respirar por la boca a través de un dispositivo para poder evaluar la ventilación y la captación de oxígeno. La disnea se evaluaba cada minuto mediante una escala categórica de 0 a 10. La duración media de la prueba con un brazo fue de 4 minutos y con los dos, de 11 minutos. Se intentó analizar la sensibilidad de esta prueba añadiendo una leve resistencia, pero no se encontraron diferencias reseñables. El ejercicio se toleró de una manera aceptable a la vez que, efectivamente, aumentaba la disnea (cerca de 2 puntos en la escala categórica de 0 a 10), el pulso, la ventilación y la captación de oxígeno. El factor que más limitó este ejercicio fue el cansancio muscular, especialmente cuando sólo se ejercitaba un brazo. La prueba se repitió tres veces a lo largo de una semana y se pudo comprobar que, efectivamente, los resultados se mantenían.

Comentario

Es difícil evaluar la disnea y las dificultades respiratorias de los enfermos oncológicos. Las escalas visuales aportan datos que evalúan situaciones puntuales por lo que son difíciles de reproducir. Uno de los modos relativamente objetivos para evaluar la disnea en pacientes oncológicos es plantear diferentes tipos de "pruebas de esfuerzo". Para los autores un ejercicio tan discreto como levantar los brazos es una alternativa para la mayoría de los pacientes que no son capaces de llevar a cabo una prueba de esfuerzo más exigente. Otro tipo de prueba de esfuerzo que se ha propuesto en unos pacientes con tantas limitaciones es medir, por ejemplo, cuánto tiempo son capaces los pacientes de mantener la respiración... Aunque las ideas son originales y muy probablemente guarden una relación interesante con la disnea y/o la capacidad respiratoria, no es sencillo conocer cuál será su impacto más allá de los estudios clínicos, es decir, en el día a día del trato con el paciente: si el paciente refiere disnea en reposo y la saturación de oxígeno es adecuada: ¿en qué medida cambiará la actitud práctica si, efectivamente, vemos que la disnea aumenta con este ejercicio de brazos?

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 12-07-2005
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Evaluación del dolor oncológico en ensayos clínicos. Revisión de la literatura (1999-2002).

Caraceni A, Brunelli C, Martini C, Zecca E, De Conno F. Cancer pain assessment in clinical trials. A review of the literature (1999-2002). J Pain Symptom Manage 2005; 29: 507-19.

En este estudio se valora la metodología de la evaluación del dolor en ensayos clínicos comparativos de distribución aleatoria en pacientes oncológicos. Se siguió una estrategia de búsqueda en Medline para analizar sólo los trabajos publicados entre 1999 y 2002. Sólo se incluyeron los ensayos que se centraban como objetivo primario o secundario (no dentro de un problema multidimensional como, por ejemplo, la calidad de vida) en el dolor crónico del enfermo oncológico. Se identificaron 613 trabajos de los que 68 (11%) fueron seleccionados y sometidos a una evaluación sistemática. La mayoría de los ensayos no especificaban las características clínicas ni patológicas del dolor que se analizaba o se trataba. La mayor parte (69%) emplearon técnicas de medida de dolor de tipo unidimensional como escalas visuales analógicas, escalas numéricas o escalas verbales (un 14% más de una escala). La variable que se analizó con más frecuencia fue la intensidad del dolor; en otros casos se evaluó la frecuencia de su aparición o la repercusión en diferentes actividades. Los problemas más frecuentes en relación con la evaluación del dolor fueron el periodo de tiempo que se valoraba en cada medida (70%), el modo de presentar y resolver la escala o el cuestionario (46%) o el uso de instrumentos sin validar (10%). Otras cuestiones que con frecuencia no se explicitaban en el diseño eran: el objetivo que se medía en relación con el dolor (desaparición, reducción de la intensidad, alivio con relevancia clínica...), el número de pacientes que incluir en el ensayo, la frecuencia de la evaluación del dolor, el cumplimiento de esta evaluación y el impacto de la pérdida de datos. Asimismo se detectaron errores al determinar las técnicas estadísticas que se debían emplear.

Comentario

Cualquiera que quiera llevar a cabo un ensayo clínico para evaluar el dolor (oncológico) se verá obligado a afrontar una serie de problemas metodológicos. Y más de uno de estos problemas es difícil de resolver con los medios de que se dispone, más aún cuando se analizan los resultados de pacientes con cáncer avanzado en situación terminal. Este estudio aporta dos datos importantes. Por una parte presenta unas Tablas que son un buen guión para recordar cuál es la metodología que se debería seguir en un ensayo clínico sobre dolor. Por otra, nos recuerda cuáles son los errores y los sesgos con que solemos tropezar en este tipo de ensayos. Y nos recuerdan que si se les da la debida importancia (que realmente tienen pero que a veces no percibimos) es posible apreciar, con un suave espíritu crítico, muchas de las limitaciones que presentan incluso los trabajos de referencia. Y estas limitaciones quitan fuerza a las conclusiones y pueden facilitar que aparezca un escepticismo discreto y sano.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 12-07-2005
Hospital Clínico Universitario de Valladolid**Deseo de que la muerte llegue pronto, dolor oncológico y depresión: informe de un estudio observacional longitudinal.***O'Mahony S, Goulet J, Kornblith A, Abbatiello G, Clarke B, Kless-Siegel S, et al. Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. J Pain Symptom Manage 2005; 29: 446-57.*

En ocasiones, los enfermos con dolor oncológico manifiestan un deseo de que la muerte llegue pronto (desire for hastened death). Este estudio se ha llevado a cabo para conocer qué factores influyen en este deseo de morir. Se han incluido 131 pacientes con dolor oncológico remitidos a Unidades de Cuidados Paliativos de referencia de Nueva York. De todos ellos, sólo fue posible tomar los datos iniciales en 116 y únicamente 64 (55%) completaron el estudio. El 45% de los pacientes presentaban puntuaciones compatibles con depresión moderada o severa (Brief Depresión Inventory) si bien la mayor parte de ellos no recibía tratamiento específico antidepressivo. Sólo uno de cada tres enfermos refería deseos de que la muerte llegara pronto. La distribución de la intensidad del deseo era bimodal: la gran mayoría no quería morir pronto, unos cuantos tenían grandes deseos de fallecer y casi nadie refería un interés "moderado". Las variables que se asociaron con el deseo de morir fueron: depresión, dolor, falta de apoyo social, malestar espiritual, impresión de que el tumor sea refractario al tratamiento y deterioro del estado general. En el análisis multivariado, la variable que más influyó en el deseo de fallecer fue la depresión.

Comentario

En estudios sajones se describe que hasta uno de cada dos pacientes oncológicos siente o lo manifiesta deseos de morir alguna vez a lo largo de la evolución de la enfermedad. Y entre el 5% y el 20% tiene una actitud emocional estable que les lleva a desear (y a veces a pedir) que la muerte llegue pronto. Siempre se ha especulado con que el dolor del enfermo oncológico es uno de los factores principales que llevan al paciente a desear (y a solicitar) que se le adelante la muerte. Los datos de este estudio, sin embargo, no confirman esta sospecha. Al contrario, marcan como variable principal el estado de ánimo, la depresión. Por así decir, el dolor influye en el deseo de morir pero lo hace al deteriorar el estado de ánimo del paciente. En esta línea, hay que comenzar a pensar que justificar actitudes de "terminación" de la vida de los pacientes sobre la base de su sufrimiento físico, en concreto, el dolor severo tiene un componente de demagogia ya que la influencia de ese dolor en el deseo de morir no parece deberse al dolor por sí

mismo sino al sufrimiento emocional y al desánimo que se asocian o que se deben a este dolor.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 12-07-2005
Hospital Clínico Universitario de Valladolid**Morfina nebulizada en comparación con morfina subcutánea en pacientes con disnea debida al cáncer: estudio preliminar.***Bruera E, Sala R, Spruyt O, Palmer JL, Zhang T, Willey J. Nebulized versus subcutaneous morphine for patients with cancer dyspnea: a preliminary study. J Pain Symptom Manage 2005; 29: 613-8*

La morfina es eficaz en la paliación de la disnea en el enfermo con cáncer avanzado. Este estudio compara la actividad de una misma dosis de morfina administrada bien nebulizada o bien por vía subcutánea en pacientes oncológicos con disnea. Se incluyen pacientes con disnea en reposo de intensidad > 3/10 (escala de 0 a 10) en tratamiento con dosis estables de opioides sistémicos (que se mantuvieron a lo largo del estudio) y con un nivel cognitivo aceptable. La dosis de morfina de cada día se ajustó en cada paciente según el equivalente de la dosis de rescate que le correspondiera según el opioide que estuviera recibiendo. Los pacientes fueron distribuidos de manera aleatoria y "doble ciego" a recibir el primer día del estudio una dosis de morfina subcutánea y placebo nebulizado o, al contrario, una dosis de morfina nebulizada y placebo subcutáneo. El segundo día se cruzaron los dos brazos de tratamiento. Se consideraron elegibles 15 pacientes, pero sólo 12 aceptaron participar y únicamente 11 lo completaron, ya que uno falleció por edema pulmonar durante el estudio. La dosis mediana de morfina que se empleó fue de 45 mg. La intensidad media de la disnea una hora después de administrar la morfina se redujo cerca de dos puntos tanto si se administró subcutánea (de 5/10 a 3/10) como nebulizada (de 4/10 a 2/10). Al cabo de ese tiempo no se apreciaban diferencias en la intensidad de la disnea entre los que recibían morfina subcutánea y nebulización. No se encontraron efectos secundarios relevantes, tan sólo una tendencia a una mayor sedación al cabo de dos horas en los que recibieron morfina subcutánea. En cuanto a las preferencias de los pacientes, seis eligieron morfina nebulizada, tres subcutánea y dos no mostraron preferencias.

Comentario

En general, es difícil que se puedan hacer "buenos" ensayos clínicos sobre la medida y el tratamiento de la disnea en el cáncer avanzado porque son muy pocos los pacientes que reúnen unas condiciones suficientes. Esto lleva a recordar que el poder de un estudio como éste, con sólo once pacientes evaluables y que presentan de promedio una

disnea moderada (media de intensidad global inferior a 5/10) es demasiado escaso. No se puede, por tanto, descartar que pudiera haber diferencias pequeñas (pero potencialmente relevantes) entre los dos modos de administrar la morfina, especialmente en enfermos la disnea severa. En todo caso, ¿cómo valorar los resultados de este estudio? Hace pocos años no parecía que tuviera sentido administrar morfina nebulizada como tratamiento de la disnea en pacientes que ya recibían opioides sistémicos. Los datos de este estudio no parecen respaldar este principio. ¿Es que se ha dado un paso atrás? No parece... Al contrario, al aportar más datos, la discreta evidencia de este estudio, aunque no permite extraer conclusiones, lo que sí que hace es crear dudas sobre principios que parecían asentados y sugiere nuevas líneas de investigación de cara al futuro.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 12-07-2005
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

La vasopresina en aerosol es segura y efectiva en el tratamiento de la hemoptisis moderada en enfermos que reciben Cuidados Paliativos.

Anwar D, Schaad N, Mazzocato C. Aerosolized vasopressin is a safe and effective treatment for mild to moderate recurrent hemoptysis in palliative care patients. J Pain Symptom Manage 2005; 29: 427-9.

Las hemoptisis son un problema clínico relativamente frecuente y, como otros tipos de sangrado, un signo terrible de alarma para el paciente y su familia. En el enfermo con cáncer avanzado las opciones terapéuticas se orientan a los tratamientos sistémicos (antitumorales, ¿antibióticos?, antifibrinolíticos), muchos de ellos de eficacia bastante dudosa o limitada, y a las técnicas más locales (radioterapia, embolización o hemostasia a través de broncoscopio). La vasopresina sistémica también puede ser eficaz pero también puede producir efectos secundarios severos (retortijones, diarrea, hipernatremia, hipertensión o isquemia miocárdica). Los autores presentan los datos preliminares de tres pacientes tratados con vasopresina inhalada para hemoptisis "moderadas" (entre 30 y 100 cc) debidas a metástasis pulmonares. Se les administraron como aerosol 5 U de ornitina-8-vasopresina en 1-2 cc de suero salino. Los dos primeros pacientes recibieron el tratamiento a demanda o según apareciera el sangrado. En el tercero, las hemoptisis recidivantes desaparecieron al pautar el tratamiento a diario. En ningún caso se presentaron broncoespasmo ni efectos secundarios en relación con la vasopresina.

Comentario

Los sangrados son un problema frecuente en Cuidados Paliativos. Y en muchos enfermos con tumores avanzados

que ya han recibido las líneas pertinentes de tratamiento oncológico son pocas las opciones. Esto hace que sean, de inicio, bien recibidas la gran mayoría de las opciones terapéuticas que parezcan aportar algo de luz, estén o no debidamente contrastadas. Los datos de este estudio son únicamente sugerentes y necesitan superar la crítica de que es experiencia común que muchas hemoptisis remiten, fluctúan o recidivan de una manera que no parece depender de la eficacia de los tratamientos menos específicos. Para tener datos más fiables sobre la eficacia de los aerosoles de vasopresina en el control y en la prevención de la hemoptisis tumoral hará falta llevar a cabo un estudio prospectivo serio. Y si esta eficacia se confirma, será preciso definir con más detalle cuál son las dosis y la frecuencia adecuada de administración.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 12-07-2005
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Grupo de trabajo en tratamiento de soporte de la Universidad de L'Aquila: 2 años de experiencia

Porzio G, Ricevuto E, Aielli F, Verna L, Cannita K, Pollice R, et al. The supportive care task force at the University of L'Aquila: 2 years experience. Supportive Care Cancer 2005;13:351-355

La Universidad de L'Aquila dispone de un equipo encargado de evaluar y tratar de forma sistemática los síntomas de los pacientes oncológicos garantizando la continuidad asistencial en todas las fases de la enfermedad. El objetivo del trabajo es describir los resultados de un equipo responsable del control de síntomas y cuidados paliativos en el seno de un servicio de Oncología. Resultados: El equipo está formado por un médico, dos residentes de oncología y 1 enfermero/a especializado. Cuenta también con un psiquiatra y 2 neurólogos que actúan como consultores. Disponen para el desarrollo de su actividad de 2 habitaciones dobles. El criterio de intervención se activa ante cualquier paciente con síntomas no controlados. La evaluación de los síntomas se realiza mediante Escalas visuales y el Sistema de Edmonton. El pronóstico de cada paciente lo establecen según el Pap Score publicado por Maltoni y colaboradores. Las necesidades no clínicas se establecen siguiendo la encuesta NEQ (Need Evaluation Questionnaire). En dos años de trabajo han intervenido en 208 pacientes el 50% de los cuales eran hombres. La edad media de su población es de 64.7 años. En un 25% de los casos tuvo lugar más de un ingreso hospitalario. La estancia media es de 10.7 días. En el 69.5% el motivo de ingreso fue el control de síntomas y en el resto se debió a tratamiento con quimioterapia y control de síntomas. Respecto a los tumores más prevalentes: 35% corresponde a tumores digestivos; 17% a mama. La mitad de la población estudiada presentaba un KPS entre 50 y 60. Un 52% de pacientes recibieron analgésicos de 3ª escalón y un 1.3% requirió maniobras

intervencionistas. En un 48% el alta se produjo al domicilio; un 26.7% requirió asistencia domiciliaria y un 22.8% falleció en la unidad.

Comentario

Se trata de una experiencia enriquecedora en cuanto que es puente entre el tratamiento específico y los cuidados paliativos. Estos datos no son directamente comparables a los nuestros ya que en la mayoría de los casos los equipos de cuidados paliativos españoles interviene en las fases más avanzadas de la enfermedad. Creo que constituye una iniciativa enriquecedora y con posibilidades de desarrollo en algunos centros.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 27-07-2005
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Levetiracetam como coadyuvante en plexopatías neoplásicas: Serie de Casos y Comentario.

Dunteman ED. Levetiracetam as an Adjunctive Analgesic in Neoplastic Plexopathies: Case Series and Commentary. Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy 2005; 19(1):35-43.

El Levetiracetam, (LVT), comercializado como Keppra en comprimidos de 500mg, es un antiepiléptico con varios mecanismos de acción potencialmente analgésicos: 1. Inhibición parcial de los moduladores negativos (zinc y beta-carbolinos) de receptores de dos grandes sistemas ionotrópicos inhibidores: GABA-A y glicina. Hay estudios que apoyan que los beta-carbolinos disminuyen la neurotransmisión GABA-A, realzando la actividad de los receptores NMDA. Por tanto LVT tendría también un efecto antagonista NMDA. 2. Inhibición selectiva de canales de calcio tipo N (37%). LVT Parece reducir el dolor tanto en monoterapia como en coadyuvancia en diversos problemas (fibromialgia, migraña, dolor neuropático, de cuello y espalda, radiculopatías...) y su seguridad y tolerabilidad en epilépticos, y su farmacocinética sin metabolismo hepático, lo hacen candidato a nuevas valoraciones.

Se estudian de modo retrospectivo siete pacientes con plexopatías neoplásicas, cuatro braquiales y tres lumbosacros, con dolor EVA 8-9/10 pese a varios opioides parenterales y coadyuvantes. Se trataron con LVT oral, llegando a dosis de 500 a 1500 mg/12h. Se obtuvo un descenso en EVA a 0-3 /10 en 2-14 días, con descenso del uso de opioides estimado en un 70% y sin sintomatología por privación, lo cual atribuyen a la contención realizada por haber rotado a metadona previamente, y a la utilidad de los antiepilépticos en el manejo de dicho síndrome, recomendando investigar el uso de LVT en el s. de abstinencia. La sedación y astenia mejoraron al disminuir los opioides.

Comentario

Aquí se nos enfrenta con un tipo de "dolor difícil", en el que el principal mecanismo es neuropático, aunque intervienen otros de modo importante. Es un dolor parcialmente resistente a opioides, que requiere el uso de coadyuvantes. En los casos en que es posible, una neurectomía del plexo puede ser de gran ayuda. La analgesia por vía espinal puede ser especialmente útil en plexopatías lumbosacras, como en dos de los casos presentados. En esta serie, los pacientes presentaron mejoría del dolor de características neuropáticas tras añadir como coadyuvante LVT, con buena tolerancia.

En la ficha técnica de LVT, los efectos secundarios descritos como muy frecuentes (>10%) son astenia y somnolencia, y frecuentes (1-10 %) cefalea, lesión accidental, anorexia, dispepsia, diarrea, náuseas, amnesia, ataxia, convulsión, depresión, mareos, labilidad emocional, hostilidad, insomnio, nerviosismo, temblor, vértigo, diplopia, erupción cutánea. Conviene tenerlos presentes pese a lo que afirman los autores sobre su seguridad y tolerancia.

La rotación a metadona en alguno de los casos puede haber contribuido a mejorar el dolor neuropático. Llama la atención el uso concomitante de dos y tres opioides en todos los casos presentados, una poliopioidoterapia que no está en la línea habitual en Europa (Recomendaciones EAPC sobre el uso de opioides).

En este artículo tan interesante se presentan pocos casos, y el estudio es retrospectivo. El interés del tema es enorme. Quienes hemos experimentado el dolor neuropático por una lesión de plexo, la ausencia de analgesia eficaz... podemos comprenderlo aún mejor. Todos nos enfrentamos a casos de dolor difícil que se podrían beneficiar de fármacos más y mejor estudiados. Se nos plantea de nuevo el reto de diseñar estudios multicéntricos, con fármacos e indicaciones no incluidas en las fichas técnicas, y, no obstante, de utilidad especial en CP.

Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy

Revisor: Jaime Boceta Osuna, 30-07-2005
Unidad de H. Domiciliaria y C. Paliativos. Hospital Macarena de Sevilla.

Tratamiento de la sialorrea con escopolamina transdérmica: Aprovechar un efecto secundario para tratar un síntoma poco frecuente en pacientes con cáncer.

Tassinari D, Poggi B, Fantini M, Tamburini E, Sartori S. Treating sialorrhea with transdermal scopolamine. Exploiting a side effect to treat an uncommon symptom in cancer patients. Supportive Care Cancer 2005;13:559-561

Este artículo aborda el tratamiento de la sialorrea en

cuidados paliativos. Se trata de un síntoma poco frecuente en los pacientes con cáncer pero su prevalencia es mayor en las fases avanzadas de la enfermedad de Parkinson, ELA, parálisis cerebral, etc.

Nos presentan un caso en el que el uso domiciliario de escopolamina transdérmica mejoró la clínica de sialorrea, náuseas y vómitos en un paciente que sufría carcinomatosis peritoneal y cuadros de suboclusión intestinal.

Los autores descartaron el tratamiento con metoclopramida para el control de las náuseas por producir dolores cólicos y empeorar la sintomatología nauseosa. El tratamiento con haloperidol se suspendió por producir somnolencia mal tolerada por la paciente.

La evolución de la paciente precisó hidratación endovenosa y el inicio de escopolamina transdérmica a dosis de 0.02ng/h con mejoría de la sialorrea, las náuseas y los vómitos y retirada posterior del tratamiento endovenoso. El tratamiento transdérmico se mantuvo hasta el fallecimiento de la enferma dos meses más tarde de su inicio.

Comentario

En la discusión los autores aportan otras medidas terapéuticas destinadas al control de la sialorrea como son: la administración de toxina botulínica en las glándulas submaxilares, el uso de fármacos anticolinérgicos como glicopirrolato, escopolamina o atropina o tratamientos quirúrgicos poco indicados en los pacientes en situación avanzada. No se analiza la escopolamina administrada por vía inhalatoria o la radioterapia sobre las glándulas salivares.

El relato del caso no se completa con sistema de medida de los síntomas que nos permitan cuantificar la mejoría.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 01-08-2005
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Efectos de la hidratación parenteral en pacientes oncológicos terminales: un estudio preliminar.

Bruera E, Sala R, Rico MA, Moyano J, Centeno C, Willey J, Palmer JL. Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study. J Clin Oncol. 2005;23(10):2366-71.

Con el objetivo de determinar los efectos de la hidratación parenteral se realizó un estudio randomizado, controlado y doble ciego comparando la administración de 1000ml/día o 100ml/día de suero salino. Se incluyeron pacientes con cáncer avanzado, sin tratamiento activo, con ingesta de líquidos menor de 1000ml/día y con evidencia clínica y bioquímica de deshidratación leve o moderada; no se incluyeron pacientes con deshidratación severa, fallo renal severo o bajo nivel de conciencia. Se establecieron aleatoriamente dos grupos: el de tratamiento, que recibía 1000ml/día de suero salino y el placebo que recibía

100ml/día, ambos durante 4 horas 2 días y administrado por vía intravenosa o subcutánea. Se evaluó en los pacientes la presencia de síntomas de deshidratación (sedación, astenia, alucinaciones y mioclonías) de 0 (ausencia) a 10 (lo peor posible) al inicio, al final del primer día y del segundo. Asimismo, se preguntó al médico y al paciente por el beneficio general obtenido con la hidratación al final del segundo día, y se estudiaron los resultados de ambos grupos conjunta y separadamente. Los síntomas mejoraron un 73% en los veintisiete pacientes asignados al grupo de tratamiento y en un 49% en los 22 pacientes del grupo placebo ($p=0,005$). Las mioclonías y la sedación mejoraron un 83% en el grupo de tratamiento y un 47% y 33% respectivamente en el grupo placebo ($p=0,035$ y $p=0,005$); sin embargo, no hubo diferencias significativas en las alucinaciones y la astenia entre ambos grupos. El 63% de los pacientes (17 de 27) y el 74% de los investigadores (20 de 27) valoraron tan efectiva la hidratación como en el grupo placebo el 41% de los pacientes (9 de 22) y el 54% de los investigadores (12 de 22), sin encontrarse diferencia entre ambos grupos ($p=0,15$). Los autores señalan la dificultad para reclutar pacientes en condiciones para entrar en el estudio (de los 74 posibles lo completaron 49), y concluyen que la hidratación mejoró los síntomas de deshidratación en estos pacientes y se toleró bien en todos los casos.

Comentario

Este estudio trata un tema importante en el ámbito de los Cuidados Paliativos, ya que, por distintas causas, es frecuente que la ingesta de líquidos sea escasa o insuficiente en estos pacientes y que esto pueda llevar a la aparición de complicaciones añadidas. A pesar de las limitaciones y dificultades señaladas por los autores a la hora de reclutar pacientes para el estudio, sí que se obtuvo una mejoría significativa en algunos síntomas como la sedación y las mioclonías. En el estudio se empleó tanto la vía intravenosa como la subcutánea sin que se encontraran resultados diferentes. Como resaltan los autores, la vía subcutánea es de fácil manejo en domicilio y permite la administración de 1000ml/día, por eso, aunque se debe individualizar cada caso, esta vía puede ser una opción válida si fuera necesario. Por todo ello se hacen necesarios estudios amplios que muestren evidencia científica sobre ello.

Otras revistas

Revisor: Ana de Santiago Ruiz, 31-07-2005
Centro de Cuidados Laguna. Madrid