

## **BIBLIOTECA TELEMÁTICA**

[www.secpal.com](http://www.secpal.com)



**23ª Entrega. Octubre 2005**

# INDICE

Articulo	Pag.
El Mini-mental en la evaluación de la función cognitiva en ensayos clínicos con pacientes oncológicos: condiciones y limitaciones o sensibilidad.	1
Rotación rápida de fentanilo transdérmico a metadona en pacientes oncológicos.	1
Instrumentos para medir el dolor y metodología en investigación clínica en Cuidados Paliativos: recomendaciones de un Grupo de Trabajo de Expertos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos (EAPC).	2
Vertebroplastia percutánea, una técnica para tratar el dolor vertebral refractario en cáncer avanzado: presentación de una serie de casos.	2
¿Qué ítems del Mini-mental se pueden emplear en el rastreo del delirium y del déficit cognitivo?	3
Relevancia terapéutica de morfina-3-glucurónido.	3
Duloxetina versus placebo en pacientes con dolor por neuropatía diabética.	4
Administración subcutánea de cefepime.	4
La "syringe driver" y la vía subcutánea en cuidados paliativos: el inventor, su historia y sus implicaciones.	5
Nutrir o no nutrir: ¿esa es la cuestión correcta?	5
Definición de situación terminal: ¿qué pacientes alcanzan formalmente este diagnóstico y qué es lo que supone?	6
El final de la vida desde una perspectiva católica.	6
Efectos de morfina de liberación inmediata sobre la función cognitiva en pacientes que están siendo tratados con opioides de manera crónica en cuidados paliativos.	7
Inhibición de la tolerancia a morfina mediante el bloqueo del receptor de melanocortina espinal.	8
Revisión sistemática de evidencia sobre intervenciones no invasivas dirigidas a mejorar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón.	8
Oxcarbacepina en el tratamiento de la neuropatía diabética: A propósito de un estudio randomizado y controlado con placebo.	9
¿Puede mejorar las habilidades de comunicación en enfermeras de oncología un programa intensivo de comunicación de tres días?	9
Estrés laboral y satisfacción laboral de profesionales de la oncología.	10
Factores pronósticos en enfermos con cáncer avanzado: recomendaciones clínicas basadas en la evidencia. Estudio del Comité Directivo de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (European Association for Palliative Care: EAPC).	11

Artículo	Pag.
Fármacos psicoactivos y riesgo de delirium en pacientes con cáncer hospitalizados.	11
Desarrollo de la red de formación de enfermería en Europa.	12
Guía para el manejo del dolor en mucositis oral causadas por tratamientos.	12
¿Cuáles son las preferencias de los pacientes en torno al tratamiento al final de la vida y quién empieza a hablar de ello? Comparación con personas sanas y profesionales sanitarios.	13

### **El Mini-mental en la evaluación de la función cognitiva en ensayos clínicos con pacientes oncológicos: condiciones y limitaciones o sensibilidad.**

*Meyers CA, Wefel JS. The use of the Mini-Mental State Examination to assess cognitive functioning in cancer trials: no ifs, ands, buts, or sensitivity. J Clin Oncol 2003; 21: 3557-8.*

Los autores comentan los resultados de un estudio reciente que evalúa la función cognitiva a largo plazo de pacientes con tumores gliomas tratados con radioterapia (J Clin Oncol 2003;21:2519-24). Señalan que los datos, aparentemente positivos o esperanzadores, están evaluados con el Mini-mental (Mini-Mental State Examination), un cuestionario diseñado para el rastreo de demencia pero que ha ampliado su uso de manera muy llamativa. Entre los problemas que encuentran está, por ejemplo, que algunos pacientes respondieron el Mini-mental hasta 13 veces, con lo que supone de riesgo de "aprendizaje" de las respuestas Y, sobre todo, que la sensibilidad de este cuestionario para detectar alteraciones cognitivas que no sean severas alcanza únicamente un 50%. Es decir, que uno de cada dos pacientes con alteraciones leves de la capacidad cognitiva sólo se detectan con una batería de pruebas más avanzadas pero que, por otra parte, requieren mucho más tiempo (por encima de 20 minutos por paciente).

#### **Comentario**

El Mini-mental se percibe en la actualidad como una especie de "instrumento para todo" a la hora de evaluar las funciones cerebrales más "nobles" (conocimiento, memoria...). Y ha pasado de ser un instrumento de rastreo a considerarse en la práctica casi como el patrón de referencia. En Medicina Paliativa es práctico y razonable emplear el Mini-mental como lo que es: una técnica estructurada de rastreo que permite detectar en poco tiempo y con poco esfuerzo alteraciones en las funciones superiores que son, en principio, clínicamente relevantes. Es, sin embargo, demasiado minimalista tomarlo como instrumento de referencia ya que no destaca por su sensibilidad para alteraciones menos importantes, como por ejemplo las inducidas por la radioterapia, y tampoco es la mejor técnica para valorar cambios (¡mejorías!) debidas al tratamiento ya que admite también el sesgo del aprendizaje.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 06-08-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Rotación rápida de fentanilo transdérmico a metadona en pacientes oncológicos.**

*Mercadante S, Ferrera P, Villari P, Casuccio A. Rapid switching between transdermal fentanyl and methadone in cancer patients. J Clin Oncol 2005;23:5229-34.*

Hay pocos datos de estudios prospectivos que evalúen la eficacia y la relación de dosis en la rotación de fentanilo transdérmico a metadona. Los autores han llevado a cabo un estudio prospectivo que incluye 24 pacientes con rotación rápida (en un solo día) de fentanilo transdérmico a metadona y siete con la rotación inversa (de metadona a fentanilo transdérmico). Se empleó una relación de dosis fija entre fentanilo y metadona en la equivalencia de miligramos diarios de 1:20. Para las dosis de rescate, en los que recibían metadona se empleó este mismo fármaco mientras que en los que pasaron a fentanilo se administró morfina, oral o intravenosa. Se evaluó la dosis diaria y el tiempo hasta alcanzar una dosis estable. Se consideró que la rotación fue efectiva en 18 (75%) de los que rotaron a metadona y en los siete (100%) que cambiaron a fentanilo; este beneficio se apreció al cabo de un promedio de dos a cuatro días. No se encontraron efectos secundarios relevantes. La dosis de equilibrio fue similar a la prevista de acuerdo con el ajuste (1:20) propuesto en el protocolo, con unas diferencias que oscilaron entre el 15% en el cambio de fentanilo a metadona y el 30% en la rotación inversa.

#### **Comentario**

Este estudio es el primero que evalúa de manera prospectiva el cambio de fentanilo transdérmico a metadona (o viceversa) para mejorar el perfil terapéutico de la analgesia opioide. Aun así, no es poca la experiencia práctica de numerosos equipos de nuestro medio en la rotación de fentanilo a metadona, ya que son dos fármacos disponibles actualmente. Simplemente cabe reseñar que este estudio confirma algo que era conocido, es decir, que este tipo de cambio de opioide es factible y que parece compartir la misma eficacia que otros tipos de rotación opioide más conocidos (especialmente el de morfina a metadona). Además aporta una sugerencia práctica en cuanto al ajuste de dosis en el cambio de fentanilo transdérmico a metadona que se traduce, en la práctica, en que un parche TTS de fentanilo de 100 mcg/h (cada tres días) se corresponde en esta rotación con cerca de 50 mg diarios de metadona. Y, además, a diferencia del cambio de morfina a metadona, sería un ajuste lineal que no parece depender de la dosis de fentanilo de la que se parta.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 10-08-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Instrumentos para medir el dolor y metodología en investigación clínica en Cuidados Paliativos: recomendaciones de un Grupo de Trabajo de Expertos de la Sociedad Europea de Cuidados**

**Paliativos (EAPC).**

Caraceni A, Cherny N, Faisinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L, et al. Pain measurements tools and methods in clinical research in Palliative Care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:239-55.

Los autores hacen una valoración y unas recomendaciones prácticas sobre los instrumentos que con más frecuencia se emplean en la evaluación del dolor. Las características que deben presentar estos instrumentos son la sencillez de aplicación, la validez (mejor en varios idiomas), especialmente si hay una validación específica en Cuidados Paliativos, y la sensibilidad al cambio, es decir, al efecto del tratamiento. Lo propio al emplearlos en el ámbito clínico es que se intenten adecuar al diseño y al tipo de pacientes, que la periodicidad de la aplicación sea suficiente pero no excesiva y que se emplee un buen sistema de recogida de datos. Al preguntar por la intensidad del dolor es posible pedir al paciente que haga una evaluación integrada de un tiempo que puede llegar a abarcar varios días. Sin embargo, si se le pide que mida el alivio del dolor, el tiempo evaluado no debe superar las 24 horas. Las escalas visuales analógicas (VAS o EVA), las escalas categóricas numéricas (NRS) y las categóricas visuales (VRS), más fáciles de responder que las EVA, son válidas y, además, son las más aconsejables si lo que se pretende valorar es únicamente la intensidad del dolor. Entre los cuestionarios multidimensionales del dolor destacan el de McGill y el BPI (Brief Pain Inventory), que son también instrumentos válidos y que están traducidos a varios idiomas. Otras variables que pueden influir en los resultados y que es conveniente recoger en los estudios son las propias del paciente y del tumor (edad, sexo, estado general, función cognitiva, diagnóstico y estadio, tratamiento oncológico, lugares de afectación metastásica y otras patologías asociadas) y también las referidas al dolor y al tratamiento analgésico (tipo de dolor, síndrome doloroso, fármacos o lugar de tratamiento). Por lo demás, es preciso diseñar instrumentos dirigidos específicamente a ciertas poblaciones como ancianos, niños, enfermos con alteraciones cognitivas (en los que no hay instrumentos validados) o pacientes en situación terminal.

**Comentario**

Este trabajo hace una recopilación práctica con comentarios y conclusiones válidos para todos los que nos vemos en la tesitura de tratar y, por tanto, de valorar el dolor en enfermos en Cuidados Paliativos. Los autores se caracterizan por ser expertos en Cuidados Paliativos que tratan pacientes, no teóricos metodológicos, y a la vez por ser clínicos con experiencia en investigación clínica que, por así decir, han padecido "en sus propias carnes" los problemas propios del diseño, de la implementación y de la evaluación de estudios en enfermos con cáncer avanzado. Se trata, en conjunto, de un texto de referencia que, sin ser la panacea de todos los problemas, conviene guardar cerca para consultar y resolver más de una dificultad práctica en el diseño y en la evaluación de estudios clínicos sobre

dolor en Cuidados Paliativos.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 12-08-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Vertebroplastia percutánea, una técnica para tratar el dolor vertebral refractario en cáncer avanzado: presentación de una serie de casos.**

Burton AW, Reddy SK, Shah HN, Tremont-Lukats I, Mendel E. Percutaneous vertebroplasty - a technique to treat refractory spinal pain in the setting of advanced metastatic cancer: a case series. *J Pain Symptom Manage* 2005;30:87-95.

La vertebroplastia es una técnica relativamente sencilla que permite estabilizar los aplastamientos vertebrales y que se puede realizar sin que se necesite llevar a cabo una cirugía abierta. Esto supone un alivio importante del dolor incidental inducido por movimiento en los enfermos con fracturas vertebrales. En los últimos años se ha comenzado a emplear con intención paliativa en enfermos con cáncer avanzado. Los autores presentan su experiencia tres pacientes con dolor severo inducido por metástasis óseas vertebrales sin respuesta a otras medidas que fueron tratados con vertebroplastia percutánea. La técnica, en líneas generales, consiste en la inyección guiada mediante fluoroscopia de cerca de 3-4 cc de cemento baritado de polimetilmetacrilato (PMMA) en la porción anterior de cada vértebra. Exige cierto control para evitar las complicaciones neurológicas que puede provocar que este cemento alcance el canal medular. No se encontraron complicaciones relevantes, locales ni a distancia. El alivio sintomático se consigue en pocas horas y llega a mantenerse durante las semanas o meses, que corresponden a las expectativas de supervivencia de un enfermo en situación terminal.

**Comentario**

Es poca la experiencia con vertebroplastia en metástasis vertebrales. Aun así, los primeros datos son realmente esperanzadores. Es cierto que exige cierta experiencia y un soporte instrumental adecuado pero en manos de un equipo debidamente capacitado y con experiencia, la técnica puede conseguir resultados realmente impactantes. De hecho, los autores la incluyen en su algoritmo terapéutico del dolor vertebral refractario a tratamiento estándar. En todo caso, antes de dar una opinión fundada hay que esperar a que aparezcan estudios serios y bien diseñados y/o a tener una experiencia suficiente. Y, mientras tanto, habrá que seguir con interés las próximas publicaciones, sobre todo las que más que de Centros de referencia procedan de Hospitales similares a los nuestros, para conocer en qué medida esta técnica se puede emplear en nuestro medio.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 12-08-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### ¿Qué ítems del Mini-mental se pueden emplear en el rastreo del delirium y del déficit cognitivo?

*Fayers PM, Hjermstad MJ, Ranhoff AH, Kaasa S, Skogstad L, Klepstad P, et al. Which Mini-Mental State Exam items can be used to screen for delirium and cognitive impairment? J Pain Symptom Manage 2005; 30: 41-50.*

La capacidad cognitiva abarca la orientación, la atención, la capacidad de construcción, el lenguaje, la orientación, la memoria, el cálculo, y la capacidad de razonamiento y de decisión. El déficit cognitivo es uno de los componentes del delirium, un problema frecuente en Cuidados Paliativos, pero sólo se diagnostica como tal en uno de cada tres enfermos que lo padecen, tal vez por no disponer de técnicas de rastreo accesibles y sencillas que se puedan emplear en pacientes con limitaciones físicas y psicológicas. El Mini-mental (Mini-Mental State Examination, MMSE) es un cuestionario que se emplea con frecuencia en Cuidados Paliativos, en el que 20 de sus ítems analizan la capacidad cognitiva. Este estudio pretende conocer si es posible presentar una forma abreviada para hacerlo más accesible. Se presentan los resultados en 507 pacientes (divididos en un grupo de estudio y en un grupo control) de los que 178 (35%) presentaban valores de Mini-mental por debajo del punto de corte (24/30). Cerca del 10% de los pacientes con Mini-mental por encima de este punto presentaban criterios de delirium. La regresión logística mostró cuatro cuestiones que guardaban una buena relación con el resultado final: el año (1 punto), la fecha (1 punto), copiar un dibujo (1 punto) y deletrear a la inversa una palabra de cinco letras, algo que en otros cuestionarios se presenta como cinco restas sucesivas (dos aciertos, 1 punto; tres o más, 2 puntos). En el grupo de estudio, de los que alcanzaban los cinco puntos, sólo el 2% se encontraba en delirium mientras que entre los que se quedaban en cuatro o menos el 92% padecía delirium. Al aplicar estos criterios en el grupo control se confirmó que la probabilidad de acierto se mantenía en todo caso por encima del 90%. La precisión podría mejorar si se añadiesen dos cuestiones más, la de recordar tres palabras y la de repetir una frase, pero se perdería en sencillez.

### Comentario

La metodología del estudio es compleja porque se fundamenta en estudios multivariantes y en el análisis de la dificultad y de la discriminación de las cuestiones que integran el Mini-mental. Como en cualquier examen "tipo test", en el Mini-mental hay preguntas "fáciles" y otras "difíciles". Y son estas preguntas difíciles las que mejor

deberían discriminar entre los que mantienen un nivel cognitivo normal y los que probablemente hayan podido entrar en delirium. El asunto es ver si efectivamente son suficientes estas preguntas para hacer un cuestionario reducido (más breve, más sencillo, más accesible) pero que mantenga al menos la validez del cuestionario completo. Y los resultados de este trabajo sugieren que, efectivamente, así es. Aunque es preciso que se lleven a cabo estudios de validación, estos resultados apoyan un tipo de rastreo de delirium más sencillo fundamentado tan solo en distinguir entre los pacientes que consiguen acertar la fecha y el año, copiar el dibujo y hacer al menos tres restas sucesivas y los pacientes que no son capaces de hacer todo esto.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 13-08-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Relevancia terapéutica de morfina-3-glucurónido.

*Skarke C, Geisslinger G, Lötsch J. Is morphine-3-glucuronide of therapeutic relevance? Pain 2005; 116:177-180.*

Los efectos secundarios a nivel del sistema nervioso central (SNC) en pacientes que reciben morfina de manera crónica, han sido atribuidos al metabolito morfina-3-glucurónido (M3G).

En este estudio, los autores llevan a cabo una revisión sistemática de los artículos publicados en Medline (PubMed) sobre este tema.

Los efectos antagonistas que M3G produce sobre morfina no están mediados por receptores opioides, motivo por el cual estos efectos secundarios (ataxia, convulsiones, alodinia, mioclonia) no pueden ser revertidos con la administración de naloxona o naltrexona. Cuando se administra M3G en el SNC de perros, se produce un descenso en la PaCO<sub>2</sub> y el subsiguiente ascenso en la frecuencia respiratoria. Cuando se induce depresión respiratoria en ratones de laboratorio mediante la administración de morfina-6-glucurónido (M6G), la administración simultánea de M3G atenúa dicho efecto.

A modo de resumen de los efectos de M3G observados en modelos animales de laboratorio, podemos considerar que produce efectos neuroexcitadores y también efectos antianalgésicos; ambos efectos se producen después de la administración intracerebral de M3G. La administración intratecal de M3G requiere dosis más elevadas para producir los efectos secundarios antes mencionados; por el contrario, la administración sistémica de M3G no produce dichos efectos (neuroexcitatorios ni antianalgésicos). Una posible explicación a este fenómeno sería la baja permeabilidad de la barrera hematoencefalica para M3G. En referencia a los efectos de M3G en humanos, únicamente hallaron 2 estudios. En ninguno de los dos se reprodujeron los efectos secundarios observados en modelos animales.

**Comentario**

La M3G presenta efectos excitatorios a nivel cerebral y también antianalgésicos cuando se administra en el SNC en modelos animales, pero no cuando la administración es sistémica. Los intentos por relacionar los niveles plasmáticos de M3G o del ratio M3G/morfina o M3G/M6G con la actividad clínica de M3G, no fueron consistentes. Además, sólo dos estudios fueron llevados a cabo en humanos mediante la administración directa de M3G y ambos estudios no fueron concluyentes.

De este modo, parece un poco prematuro asociar los efectos secundarios indeseables asociados al tratamiento con morfina a M3G.

Por este motivo, sería necesario realizar estudios controlados en humanos para determinar el papel de M3G durante la terapia con morfina en humanos.

Pain

**Revisor:** Jaime Canal Sotelo, 14-08-2005  
UCP Hospital jaume d'Urgell

**Duloxetina versus placebo en pacientes con dolor por neuropatía diabética.**

*Goldstein D, Lu Y, Detke M, Lee T, Iyengar S. Duloxetine vs. placebo in patients with painful diabetic neuropathy. Pain 2005;116:109-118.*

El objetivo de este estudio es el de examinar la eficacia y la seguridad de duloxetina, un potente fármaco inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina, en el tratamiento del dolor secundario a neuropatía diabética.

El mecanismo por el que actúa este fármaco se cree que es mediante la inhibición del dolor por actuación en las vías inhibitorias descendentes.

Se llevó a cabo un estudio de 12 semanas, multicéntrico, doble ciego, que incluyó 457 pacientes con dolor debido a neuropatía diabética (diabetes tipo 1 y 2). Los pacientes fueron aleatoriamente asignados al tratamiento con duloxetina 20 mg/día, 60 mg/día, 120 mg/día y placebo. El diagnóstico se llevó a cabo mediante una puntuación superior o igual a 3 en el Michigan Neuropathy Screening Instrument. La primera medición para valorar la eficacia de este fármaco fue la puntuación media de dolor semanal del 24-h Average Pain Score (puntuación de 0-10), que los pacientes incluidos en el estudio debían recoger diariamente.

Duloxetina 60 y 120 mg/día mostraron diferencias estadísticamente significativas respecto a placebo, notándose mejoría en las puntuaciones del dolor a partir de la primera semana después de la asignación aleatoria y continuándose las 12 semanas que duró el estudio. Asimismo, duloxetina se mostró más eficaz que placebo en el resto de medidas secundarias, incluyendo aquellas relacionadas con el estado de salud del sujeto.

De manera significativa, más pacientes de entre los que

recibieron cualquiera de las tres dosificaciones del fármaco consiguieron reducciones superiores al 50% en las puntuaciones del dolor, comparados con aquellos que recibieron placebo.

El tratamiento con duloxetina fue considerado seguro y bien tolerado, con un índice de abandonos por efectos secundarios indeseables inferior al 20%.

Los autores concluyen que Duloxetina a dosis de 60 y 120 mg/día se mostró efectiva en el tratamiento del dolor debido a neuropatía diabética.

**Comentario**

Siempre es interesante observar nuevos principios activos que se destinan al tratamiento del dolor. Si bien parece que duloxetina es efectiva en el tratamiento del dolor neuropático de origen diabético, hacen falta estudios convenientemente diseñados para comparar este fármaco con otros que sí han sido previamente contrastados para el tratamiento del dolor neuropático y, de esta manera, hallar el lugar idóneo de duloxetina en el arsenal farmacológico que va incrementándose paulatinamente.

Pain

**Revisor:** Jaime Canal Sotelo, 14-08-2005  
UCP Hospital jaume d'Urgell

**Administración subcutánea de cefepime.**

*Walker P, Neuhauser MN, Tam VH, Willey JS, Palmer JL, Bruera E, Prince RA. J Pain Symptom Manage. 2005;30(2):170-4.*

La vía subcutánea se emplea con frecuencia para administración de fármacos o hidratación en cuidados paliativos. Los autores se plantearon el uso de esta vía para la administración de antibióticos empleados habitualmente por vía parenteral en el tratamiento de infecciones. Se llevó a cabo un estudio con el objetivo de determinar la tolerabilidad y farmacocinética de cefepime administrada en infusión subcutánea a voluntarios sanos. Estos voluntarios debían tener entre 18 y 65 años, función renal y hepática normal, no tomar otra medicación durante el estudio, no padecer enfermedad cardiovascular o mental. Dos semanas antes de la administración del fármaco, se realizó analítica, exploración física y ECG. Finalmente, se administró 1g de cefepime en 50 ml de suero glucosado al 5% en 30 minutos con una bomba de infusión subcutánea y una palomilla de 23 G. Se tomaron muestras de plasma a los 30, 60 y 90 minutos y a las 2, 4, 6, 9 y 12 horas de la administración del fármaco, determinando los niveles plasmáticos del mismo. En esos momentos los pacientes valoraban de 0 a 10 la presencia de dolor, inflamación, o prurito en el lugar de la punción y un investigador vigilaba la aparición de edema, eritema, equimosis o fugas en escala de 1 a 4. Se valoraba además la presencia de náuseas, rash, vómitos, diarrea, prurito. Al día siguiente se valoraba de

nuevo a cada sujeto y se les preguntaba si consideraban aceptable el tratamiento.

Se evaluó a 11 sujetos, uno de ellos fue excluido por alteración de la función hepática, y los diez restantes entraron en el estudio, eran seis hombres y cuatro mujeres, la mediana de edad era 27 años (rango 22-45 años). Los niveles plasmáticos de cefepime tras la administración subcutánea eran bastante similares a los de la administración intramuscular. En cuanto a síntomas o signos en el lugar de punción, en todos los casos se completó la infusión subcutánea sin problemas, no se detectaron efectos secundarios al fármaco, y no hubo cambios en la exploración física o analítica respecto a la basal. El lugar de punción presentó leve inflamación con eritema durante la infusión, con mínimo dolor que desapareció rápidamente. El 100% consideraban aceptable el tratamiento.

Los autores añaden que el uso de la gravedad en lugar de una bomba de infusión abarataría y simplificaría la técnica.

### Comentario

A pesar de que, como señalan los autores, no se trate de un estudio ciego o con grupo placebo, los resultados son bastante esperanzadores, ya que en todos los casos hubo buena tolerancia y se alcanzaron niveles plasmáticos del fármaco similares a los obtenidos con la vía intramuscular. La posibilidad de administrar antibiótico por vía subcutánea resultaría muy interesante ya que, en algunos casos, podría evitar ingresos hospitalarios. Este estudio dará pie a otros posteriores que se podrán hacer para valorar la tolerancia y factibilidad del tratamiento en pacientes en Cuidados Paliativos.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Ana de Santiago Ruiz, 19-09-2005  
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

### La "syringe driver" y la vía subcutánea en cuidados paliativos: el inventor, su historia y sus implicaciones.

*Graham F, Clark D. The syringe driver and the subcutaneous route in palliative care: the inventor, the history and the implications. J Pain Symptom Manage 2005;29(1):32-40.*

Este artículo relata la investigación histórica de cómo se desarrollaron los dispositivos que permiten la perfusión subcutánea continua (PSC).

El talento del Dr. Martin Wright consiguió, con un equipo básico, innovar los instrumentos precisos para proporcionar un eficiente resultado ante los desafíos que se planteaban. De este modo consiguió que su dispositivo, "syringe driver" -jeringa impulsada mecánicamente- fuese sencillo, fácil de manejar, efectivo, seguro, fiable, pequeño y ligero, permitiendo la movilidad completa y la independencia de los pacientes que requerían esta infusión.

En este artículo se explora la vida y el trabajo de su inventor, además se examina su desarrollo en el uso de la talasemia infantil, y analiza las circunstancias que rodean su aplicación en los cuidados paliativos.

La "syringe driver" ha llegado a ser una tecnología comúnmente utilizada en los cuidados paliativos ingleses, para el control de síntomas. Aunque el dispositivo no se haya adoptado universalmente, ha estimulado el interés en el uso de PSC.

### Comentario

Este es un artículo donde las personas que tenemos interés por los sistemas de infusión subcutánea, podemos satisfacer nuestra curiosidad, encontrando muchos detalles de su desarrollo histórico.

También se explica cómo el uso de este dispositivo, por parte de los facultativos de cuidados paliativos norteamericanos, fue más limitado que en Inglaterra. Esto ha favorecido que las publicaciones que se refieren a la infusión en vía subcutánea editados en EEUU aparezcan bajo el título de CSCI (Continuos subcutaneous infusion), mientras que las del Reino Unido con el de "syringe driver". Estas circunstancias dificultan la profundización y la comparación de investigaciones en los estudios referentes a utilización de la perfusión a través a la vía subcutánea.

Isabel Arderius Carbajal

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Encarnación Pérez Bret, 30-09-2005  
Centro de Cuidados Laguna

### Nutrir o no nutrir: ¿esa es la cuestión correcta?

*Moynihan T, Kelly DG, Fisch MJ. To feed or not to feed: Is that the right question? J Clin Oncol 2005; 23:6256-6259.*

Con este título shakesperiano, los autores parten de una situación relativamente frecuente: la familia de un paciente con caquexia tumoral pregunta de forma angustiada al oncólogo sobre la posibilidad de colocar una sonda para nutrir al enfermo, un paciente de 54 años con cáncer de pulmón con metástasis que ha perdido casi 5 kg. de peso en los últimos dos meses.

Los autores revisan la utilidad de la nutrición artificial (enteral o parenteral) en cuatro aspectos: como alivio de la sensación de hambre o sed, como actuación sobre la pérdida de peso, como mejoría de la astenia y del estado funcional y como forma de alargar la supervivencia. La conclusión a la que llegan es que, en líneas generales, en pacientes con neoplasias avanzadas, los ensayos clínicos no han demostrado beneficio en ninguno de estos cuatro aspectos. Sí se ha observado beneficio en la supervivencia en un subgrupo concreto: pacientes con oclusión intestinal inoperable, sin afectación cerebral, pulmonar o hepática, con buen estado funcional y con un curso de la enfermedad

relativamente indolente.

A pesar de esta falta de evidencias, los autores piensan que a veces se puede considerar el uso de la nutrición artificial en pacientes cuyos objetivos vitales puedan ser ayudados teóricamente por esta medida, o en ocasiones en que la familia o el paciente mantengan una postura inflexible en cuanto a que se debería ofrecer dicha posibilidad. En estos casos puede ser razonable hacer una prueba durante 3-4 semanas con unos objetivos predefinidos (mejorar la sensación de bienestar o disminuir la astenia, por ejemplo) que permitan retirar la nutrición si no se han cumplido.

El artículo concluye con el desenlace del caso: cuando se plantearon al paciente y a la familia los beneficios y los riesgos de la nutrición, el paciente decidió que no quería estar "enganchado a los tubos". Se aconsejó a la familia sobre otras formas de cuidar distintas de la comida, y el paciente murió en el hospice de forma apacible.

### Comentario

En el tema de la nutrición artificial, como en otras cuestiones de cuidados paliativos, a veces mantenemos posiciones cerradas e inamovibles. Un ejemplo es la negativa casi universal al uso de dicha medida en pacientes con neoplasias avanzadas. Por eso, creo que lo más interesante del artículo es que los autores, a pesar de reconocer la falta de evidencia en los ensayos clínicos, plantean la posibilidad de un periodo de prueba, eso sí, en casos muy concretos y con objetivos evaluables predefinidos.

Otras revistas

**Revisor:** José Javier De-Arriba Méndez, 29-09-2005  
Unidad de Medicina Paliativa. Hospital N. S. Perpetuo Socorro. Albacete

### Definición de situación terminal: ¿qué pacientes alcanzan formalmente este diagnóstico y qué es lo que supone?

*Aabom B, Kragstrup J, Vondeling H, Bakkevig LS, Stovring H. Defining cancer patients as being in the terminal phase: who receives a formal diagnosis, and what are the effects? J Clin Oncol 2005;23(30):7411-6.*

El concepto de paciente en situación terminal tiene una doble apreciación. La primera es intuitiva y vendría a ser, más o menos, la de "enfermo grave, cercano a la muerte", es decir, "moribundo". La segunda es la que se ciñe a una definición y unos criterios para alcanzar un mismo concepto pero de manera reglada. A partir de la definición empleada en su país, Dinamarca, que marca un pronóstico inferior a seis meses para definir un enfermo dentro de la etapa terminal, los autores estudian de manera retrospectiva los

datos de 3445 pacientes oncológicos fallecidos. Esta definición incluye un componente socioeconómico ya que otorga a la familia unos beneficios económicos y el derecho a que el enfermo reciba mayores cuidados. Sólo uno de cada tres pacientes recibió un diagnóstico expreso de enfermedad terminal. Era más probable que alcanzaran este diagnóstico los varones casados, los pacientes de menor edad, los que presentaban tumores no hematológicos y los que tenían una mayor expectativa de vida (por encima de un mes). Estos enfermos con diagnóstico de situación terminal tuvieron menos ingresos hospitalarios y una probabilidad menor de fallecimiento en el Hospital (39% vs. 65%).

### Comentario

De manera paradójica, en el ámbito de la Medicina Paliativa no es frecuente que se plantee en qué pacientes se cumplen los criterios de situación terminal ya que suelen ser estos criterios los que hacen que el paciente sea valorado, tratado y seguido en Unidades de Cuidados Paliativos. Pero sí que es conveniente conocer qué sucede, en otros lugares, con los enfermos en situación terminal pero en los que esta situación no se reconoce en el aspecto clínico y/o social-administrativo. Sí que se aprecia que los que tienen más probabilidades de que se reconozca su situación terminal son los que tienen un cuidador más comprometido, los de menor edad (en los que otras patologías simultáneas no difuminan la gravedad del problema oncológico), los que tienen tumores no hematológicos (en que es más sencillo comprender que no hay más alternativas terapéuticas razonables) y los que tienen un pronóstico superior a un mes (en los que los cuidadores no se ven ahogados por un pronóstico inminente). ¿Es importante este hecho? Sí, aunque no precisamente para los enfermos seguidos por una Unidad de Cuidados Paliativos sino para aquellos que sí que serán atendidos por estas Unidades si efectivamente se reconoce su situación ya que en algunos ambientes este seguimiento aporta no sólo una atención más adecuada sino también un soporte social específico. Y esto facilita también que el paciente precise de menos ingresos hospitalarios y que se mantenga en su medio, en su domicilio, y que sea menos probable que fallezca en el Hospital.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 04-10-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### El final de la vida desde una perspectiva católica.

*Markwell H. End-of-life: a Catholic view. Lancet 2005; 366: 1132-35.*

Dentro de una serie de artículos dedicados a presentar diferentes perspectivas trascendentes sobre el final de la vida, en esta ocasión le corresponde el turno al punto de vista de la religión católica. La línea argumental se basa en

dos principios: el de la dignidad humana y el de la relación que existe entre todas las personas. A partir de ahí se desarrollan tres cuestiones principales: la relación entre médico y paciente, la retirada y suspensión de tratamientos y el dolor y el sufrimiento. Llama la atención cómo se insiste en el concepto de relación entre las personas en contraste con la visión individualista propia del medio occidental anglosajón (Canadá) de los autores. La argumentación sobre cuestiones como el mantenimiento de las medidas de soporte, el sentido del dolor y del sufrimiento o la conveniencia de un apoyo espiritual en los últimos días se ciñen a criterios que se pueden considerar "clásicos" y que, aunque en nuestro ámbito resultan realmente muy familiares, se encuentran bien fundamentados en la doctrina y en el sentido común.

### Comentario

En los últimos meses se han publicado en Lancet una serie de artículos sobre cómo se aprecia el final de la vida desde la perspectiva de las diversas religiones (cristiana no católica, católica, hindú, budista, islámica, judía) y, también, desde un punto de vista existencial ("humanista"). Esta revista no se caracteriza por tener una perspectiva confesional sino todo lo contrario, algo que se hace más evidente en algunos Editoriales donde no es extraño que critique abiertamente (¡o inculpe!) a la Iglesia Católica por su visión del hombre como una unidad y las consecuencias que esto tiene en su doctrina en cuestiones como, por ejemplo, el aborto o el valor que se da a las relaciones sexuales. Aun así, el Lancet se ha animado a publicar una serie de trabajos que interesa conservar en los que (de manera un tanto ecléctica) se presentan dándoles casi el mismo peso los puntos de vista católico, "cristiano", judío, hinduista, budista, islámico, "humanista" sobre el sentido y el modo de afrontar el final de la vida. El propio prestigio de la publicación hace que no sea de extrañar que esta iniciativa original llegue a ser una referencia que nos pueda ser útil en más de una ocasión.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 05-10-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Efectos de morfina de liberación inmediata sobre la función cognitiva en pacientes que están siendo tratados con opioides de manera crónica en cuidados paliativos.**

*Kambol S, Tookman A, Jones L, Curran HV. The effects of immediate-release morphine on cognitive functioning in patients receiving chronic opioid therapy in palliative care. Pain 2005;117:388-395.*

El uso de opioides mayores se asocia al tratamiento del dolor de intensidad moderada a severa, y para facilitar dicho tratamiento, utilizamos formulaciones retard con el

objetivo de mejorar el cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes. Evidentemente, la condición más importante que debe cumplirse es la de la estabilidad en la intensidad del dolor. La extensión del tratamiento con opioides a pacientes con dolor crónico de causa no neoplásica ha alertado sobre los efectos secundarios que, en pacientes oncológicos, no habían sido tenidos en cuenta, principalmente aquellos relacionados con la función cognitiva. Los autores han diseñado un estudio a doble ciego y controlado con placebo, en 14 pacientes que estaban recibiendo cuidados paliativos y que recibían dosis de morfina en formulación retardada sin precisar más de 2 dosis extras de morfina de liberación inmediata para el tratamiento del dolor incidental. En el momento anterior a administrar la dosis de morfina de liberación inmediata o placebo se procedía a la determinación de una escala visual analógica para valorar el dolor, el Mood Rating Scale (MRS) y el Hospital Anxiety and Depression Scale. A los 45 minutos de haber administrado el tratamiento se procedía a valorar nuevamente la EVA para el dolor, el MRS, la valoración subjetiva de los efectos adversos del tratamiento y distintos test para valorar la memoria anterógrada y retrógrada, el grado de atención y distintos subtests del TEA (Test of Everyday Attention).

Los pacientes percibieron una disminución del dolor con el tratamiento farmacológico superior a placebo, además de una mayor alteración de la memoria anterógrada. De manera un tanto sorprendente, también se afectó de manera significativa la memoria retrógrada.

### Comentario

El uso de opioides mayores en pacientes afectados de dolor crónico no maligno se está universalizando en Europa en los últimos años. En este tipo de pacientes, donde la esperanza de vida relacionada con la enfermedad de base (no oncológica) es superior a la de los pacientes oncológicos, debe ser tenido en cuenta, además del efecto analgésico deseado, que los efectos secundarios que pueden alterar las funciones cognitivas y, por ende, la calidad de vida del paciente, sean los menores posibles.

Aunque el estudio de estos autores londinenses se lleva a cabo en sólo 14 pacientes, los resultados muestran la existencia de alteraciones cognitivas en el tratamiento con morfina de liberación inmediata siendo las más significativas las alteraciones sobre la memoria. Esta afectación adquiere especial importancia si tenemos en cuenta la repercusión que puede tener sobre actividades tan cotidianas como la lectura, escuchar la radio o prestar atención al televisor.

La prescripción de opioides mayores (liberación retardada e inmediata) a pacientes con dolor crónico de intensidad moderada a severa de etiología no oncológica, debe prestar especial atención a los efectos secundarios que se pueden presentar, pues el correcto balance entre el efecto analgésico y la falta de efectos secundarios favorecerá la adhesión al tratamiento por parte del paciente.

Pain

**Revisor:** Jaime Canal Sotelo, 06-10-2005

UCP Hospital jaume d'Urgell

**Inhibición de la tolerancia a morfina mediante el bloqueo del receptor de melanocortina espinal.**

*Starowicz K, Obara I, Przewlocki R, Przewlocka B. Inhibition of morphine tolerance by spinal melanocortin receptor blockade. Pain 2005;117:401-411.*

El uso crónico de morfina se acompaña del fenómeno de tolerancia e hiperalgesia, que pueden llegar a ser un problema importante, llegando a limitar el uso de estos fármacos. La exposición repetida a opioides agonistas puede reducir la respuesta de la proteína G, este fenómeno ha sido asociado al fenómeno de tolerancia en el tratamiento crónico con opioides.

En el presente estudio los autores demuestran un retraso significativo en el desarrollo del fenómeno de tolerancia a la morfina en ratas tratadas con antagonistas del receptor de melanocortina, a la vez que mediante este tratamiento se puede revertir el efecto analgésico en ratas que han desarrollado tolerancia. Es éste el primer estudio que demuestra la reversibilidad del fenómeno de tolerancia secundaria a morfina mediante la administración de un antagonista específico del receptor de melanocortina-4 (MC4-R) a nivel espinal. Asimismo, en el estudio también se demuestra que la administración conjunta de morfina con el antagonista del MC4-R desde el primer día de tratamiento no altera el efecto analgésico observado mediante la administración de morfina sola.

Concluyen los autores que el sistema de melanocortina es un componente importante que influye en los cambios en el fenómeno de plasticidad neuronal a nivel espinal que se observan tras la administración repetida de morfina.

**Comentario**

Una vez el paciente desarrolla el fenómeno de tolerancia a opioides, o bien el fenómeno de hiperalgesia secundario a los mismos, el clínico recurre a la rotación del opioide, conjuntamente con otras pautas adicionales como pueden ser el uso de fármacos adyuvantes, hidratación, optimización horaria de fármacos... Hasta el momento, existen diversos productos de uso experimental que parecen reducir de manera significativa la aparición de efectos secundarios derivados del uso crónico de morfina, ya sea mediante la administración conjunta o bien como tratamiento aditivo una vez se presenta el fenómeno de la tolerancia.

Sin lugar a dudas, la comercialización de estos productos ayudaría a mejorar la calidad de vida de los pacientes, oncológicos o no, que deben ser tratados con morfina durante largos periodos de tiempo.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 06-10-2005  
UCP Hospital jaume d'Urgell

**Revisión sistemática de evidencia sobre intervenciones no invasivas dirigidas a mejorar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón.**

*Thompson E, Solà I, Subirana M. Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer - A systematic review of the evidence. Lung Cancer 2005;50:163-76.*

Esta revisión sistemática ha sido llevada a cabo en Barcelona por el Grupo de Cáncer de Pulmón de la Cochrane Collaboration. La calidad de los artículos sólo fue alta en cuatro de nueve. Se encontró que cuatro intervenciones alcanzaban unos resultados superiores a los del grupo control: la actividad de enfermería (técnicas de fisioterapia respiratoria o apoyo en los aspectos físicos y psicológicos de la disnea) en el alivio de la disnea, el seguimiento del paciente (y el control de síntomas) por parte de enfermería lograba una eficacia similar o mejor que esta misma labor desarrollada por los médicos, el "counselling" (apoyo psicológico fundamentado en el "consejo" y el "consuelo") en la mejoría de la calidad de vida y un programa de ejercicios en la mejoría de la sensación de fuerza física en los enfermos con cáncer de pulmón candidatos a una intervención quirúrgica. No se encontró evidencia, sin embargo, de que los programas centrados en cuestiones de nutrición mejoraran el bienestar. Y, por último, en cuanto a la reflexología o al empleo de protocolos específicos de enfermería, los datos fueron insuficientes como para poder sacar conclusiones.

**Comentario**

Los resultados que se presentan en esta revisión sistemática respaldan de manera relevante el beneficio real que tiene, primero, la intervención por parte de enfermería (fisioterapia, apoyo psicológico) en el alivio de la disnea y, segundo, cómo el apoyo psicológico cercano (ese "counselling") ayuda a que el paciente se encuentre mejor. De manera indirecta ponen de relieve que el que tiene interés y compromiso en el paciente, tiene sentido común y sabe manejar una serie de técnicas relativamente sencillas y puede, así, lograr unos buenos resultados en el seguimiento del paciente y en el control de sus síntomas. Por último, también recuerdan cómo las intervenciones dirigidas específicamente a mejorar el perfil nutritivo de los pacientes no tienen por qué tener una repercusión inmediata ni mucho menos evidente en el bienestar y la calidad de vida de los pacientes. En principio, estos datos se limitan a los pacientes con cáncer de pulmón, pero no parece demasiado aventurado sugerir que se pueden extrapolar a una mayoría de enfermos oncológicos avanzados.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 12-10-2005

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Oxcarbacepina en el tratamiento de la neuropatía diabética: A propósito de un estudio randomizado y controlado con placebo.**

*Dogra S, Beydoun S, Mazzola J, Hopwood M, Wan Y. Oxcarbazepine in painful diabetic neuropathy: a randomized, placebo-controlled study. Eur J Pain 2005;9(5):543-554.*

Los autores realizan un ensayo clínico multicéntrico controlado con placebo y a doble ciego para evaluar la seguridad, tolerancia y eficacia de oxcarbacepina en régimen de monoterapia en pacientes con dolor neuropático de origen diabético. El estudio consiste en tres fases; una primera fase en que se realizó la selección de los pacientes (2 semanas); una segunda fase en que se realizó el tratamiento a doble ciego y que tuvo una duración de 18 semanas y, finalmente, una tercera fase de 52 semanas de duración que consistió en el seguimiento de los pacientes después de la fase doble ciego. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito en todos los casos y, durante la fase de selección de los pacientes, se enseñó a éstos a usar un diario electrónico donde se recogieron las variables estudiadas así como los efectos secundarios detectados. La dosis de inicio con oxcarbacepina fue de 300 mg/día y se tituló hasta un máximo de 1800 mg/día. En la primera fase del estudio entraron 289 pacientes, de los cuales 146 cumplieron los criterios de inclusión. 69 pacientes fueron asignados al grupo que recibió tratamiento con oxcarbacepina y 77 al grupo que recibió tratamiento con placebo. Un total de 106 pacientes finalizaron el estudio (44 en el grupo oxcarbacepina y 62 en el grupo placebo).

El primer resultado del estudio hace referencia a la eficacia medida mediante reducción del dolor en una escala visual analógica de 0 a 100 unidades; los pacientes que recibieron oxcarbacepina mostraron una reducción del dolor superior a los pacientes del grupo placebo (-24,3 vs -14,7), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Asimismo, una mayor proporción de pacientes tratados con oxcarbacepina mostraron una reducción del dolor >50% y >30% que los pacientes tratados con placebo. El NNT (number need to treat) fue de 6 para ambos casos. Después de las 16 semanas de tratamiento, el 73% de los pacientes tratados con el fármaco refirieron haber presentado una mejoría subjetiva evaluada mediante una escala categórica (poca, mucha o muchísima mejoría) frente al 40% de los pacientes del grupo placebo. El efecto terapéutico, definido como una disminución de al menos 20 unidades en la EVA durante dos días consecutivos, se halló en el 56,5% de los pacientes del grupo oxcarbacepina frente al 46,8% del grupo placebo. Se estudió también la calidad de vida percibida por los pacientes incluidos en el estudio mediante el SF-36. No se encontraron diferencias significativas entre ambos.

En referencia a la seguridad del tratamiento con oxcarbacepina, los efectos adversos atribuidos al tratamiento fueron considerados como leves o moderados en el 90% de los casos, siendo el mareo, la cefalea, las náuseas y la somnolencia los más frecuentes. En ambos grupos, los efectos adversos se presentaron con mayor

frecuencia en la fase de titulación del tratamiento, descendiendo de manera significativa durante la fase de mantenimiento. Los efectos secundarios severos (eritema multiforme, astenia, fatiga, mareo) ocurrieron en el 10% (7/69) de los pacientes tratados con oxcarbacepina mientras que en el grupo placebo aparecieron en el 4% (3/77).

Los análisis de laboratorio no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos, aunque en el grupo que recibió el fármaco se detectaron 3 casos de hiponatremia ( $\text{Na} < 125 \text{ mmol/L}$ ).

### **Comentario**

Interesante estudio patrocinado por la industria farmacéutica en que se concluye la eficacia de oxcarbacepina en el tratamiento del dolor neuropático de origen diabético.

Diversos fármacos han aparecido recientemente con la finalidad de ser efectivos en el tratamiento del dolor neuropático (Duloxetina, Pregabalina) aunque no existen estudios fiables que comparen la eficacia entre ellos. De esta manera, el hecho de disponer de un amplio arsenal terapéutico para el tratamiento del dolor neuropático, puede crear confusión entre los profesionales sanitarios pues no existen pautas claras sobre qué fármaco debe considerado como de primera elección.

Los avances en el conocimiento de la fisiopatología del dolor neuropático, en el mejor conocimiento de los mecanismos moleculares del mismo y su correlación con los fenómenos clínicos deben ser ordenados de una manera lógica para lograr una mayor eficiencia en los tratamientos.

### **Palliative Medicine**

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 12-10-2005  
UCP Hospital jaume d'Urgell

### **¿Puede mejorar las habilidades de comunicación en enfermeras de oncología un programa intensivo de comunicación de tres días?**

*Wilkinson SM, Leliopoulou C, Gambles M, Roberts A. Can intensive three-day programmes improve nurses communication skills in cancer care? Psycho-oncology 2003;12(8):747-759.*

Se considera que una comunicación eficaz es un componente esencial en el cuidado del paciente y puede determinar la satisfacción, la adaptación y la recuperación del enfermo. La cantidad de programas de entrenamiento en habilidades de comunicación disponibles para profesionales de la salud también demuestra la importancia de este elemento de cuidado. Sin embargo, revisando los estudios que evalúan la eficacia de estos programas se concluye que tras la formación, existen pocos cambios evidentes en los profesionales. Este artículo expone los resultados de un

programa ofrecido a enfermeras de oncología y cuidados paliativos (n=108) a través de talleres intensivos de 3 días en UK. Se evaluaron los cambios por medio de una grabación antes del curso y seis semanas después, puntuando sobre 9 áreas. La media aumentó de 6 a 20 puntos sobre 27, con mejoras estadísticamente significativas en 8 de las 9 áreas. Al finalizar el curso se observaron mejoras sobre los niveles de confianza subjetivos en las áreas difíciles de comunicación, que se mantenían 6 meses después. También se mejoraron las habilidades percibidas para enseñar estrategias de comunicación a los compañeros. Estos resultados sugieren que estos cursos de entrenamiento de 3 días pueden llevar a cambios clínicamente relevantes y a mejorar la confianza percibida de los profesionales en habilidades de comunicación y de formación a los compañeros.

### Comentario

Las habilidades de comunicación deberían ser condición indispensable en el currículo de los profesionales que trabajan en oncología y en cuidados paliativos, dada la repercusión que tiene una buena comunicación en el bienestar del paciente.

Aunque el estudio presenta alguna limitación ya que los alumnos acudían al curso por propia elección, y además no se han comparado los resultados con un grupo control, los resultados obtenidos demuestran una vez más que las habilidades de comunicación no mejoran únicamente con la experiencia y es necesario que exista un entrenamiento específico para formar a los profesionales. Estos programas deben adaptarse a las necesidades individuales de los participantes, utilizando estrategias de formación variadas. Es recomendable que exista una parte teórica y una parte práctica que incluya discusiones abiertas, role playing con feedback y grabaciones o demostraciones de vídeos.

Es difícil evaluar los cambios conductuales que producen estos cursos, pero sí se puede evaluar la percepción de confianza, que puede ayudar también a mejorar de manera importante el bienestar del profesional, con todo lo que esto conlleva.

Psychooncology

**Revisor:** Marina Martínez García, 12-10-2005  
Clínica Universitaria de Navarra

### Estrés laboral y satisfacción laboral de profesionales de la oncología.

*Grunfeld E, Zitzelsberger L, Coristine M, Whelan T, Aspelund F, Evans W. Job stress and job satisfaction of cancer care workers. Psycho-oncology 2005;14:61-69.*

Recientemente se ha producido un aumento de la incidencia del cáncer que, además de la carga que

conlleva entre el personal de oncología, viene acompañada de un aumento en la complejidad de los casos, una mayor disponibilidad de opciones de tratamiento para los pacientes y pacientes más informados y demandantes que plantean más retos. Sin embargo, no se ha percibido un incremento paralelo en recursos personales y materiales, lo cual puede ser visto como una fuente potencial de estrés y "burnout".

Este estudio pretende medir entre otros, la satisfacción laboral, el estrés y el "burnout" en el personal de oncología. Para ello se ha combinado el uso de dos metodologías. Por una parte se ha utilizado una encuesta postal entre profesionales de Ontario; paralelamente, para profundizar en los temas del estudio, se han llevado a cabo grupos focales con personal de seis centros oncológicos.

Resultados: El análisis de los Grupos Focales y de la investigación muestra que la mayor fuente de satisfacción laboral provenía del cuidado y del contacto con el paciente. La sobrecarga laboral emergió como una de las principales manifestaciones de estrés. El personal percibía como consecuencia de esto un descenso en la calidad del cuidado del paciente y en el bienestar general del equipo.

Conclusiones: Los resultados de esta investigación sugieren que el entorno laboral actual tiene un impacto negativo en el equipo de oncología y puede tener consecuencias en términos de calidad del cuidado del paciente. El personal propone cambios en el sistema como medios para mejorar la sobrecarga y reducir en estrés.

### Comentario

El uso de estos dos abordajes (cualitativo-cuantitativo) permite una mejor comprensión de los factores de interés en el personal, así como profundizar en las necesidades y factores relacionados con el estrés laboral.

Hay que destacar de este estudio que un tercio del personal y más de la mitad de los oncólogos y las enfermeras estaban experimentando al menos un componente de "burnout". Sin embargo, a diferencia de lo que se ha pensado siempre, trabajar con la enfermedad y con la muerte no aparece en este estudio como un factor de estrés. Al contrario, los profesionales enfatizaron cómo el ayudar a pacientes y familias era la mayor fuente de satisfacción. Es interesante analizar las potenciales fuentes de satisfacción laboral para mejorar la situación de estos profesionales teniendo en cuenta que los principales temas coincidían en los diferentes grupos focales. En este sentido, mejorar la formación y el cuidado personal de los profesionales, pueden ser las bases para aumentar la satisfacción y reducir el estrés de los mismos.

Psychooncology

**Revisor:** Marina Martínez García, 12-10-2005  
Clínica Universitaria de Navarra

### Factores pronósticos en enfermos con cáncer avanzado: recomendaciones clínicas basadas en

**la evidencia. Estudio del Comité Directivo de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (European Association for Palliative Care: EAPC).**

*Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, Broeckaert B, Christakis N, Eychmueller S, et al. Prognostic factors in advanced cancer patients: evidence-based clinical recommendations - A study by the Steering Committee of the European Association for Palliative Care. J Clin Oncol 2005;23:6240-8.*

El trabajo muestra los resultados de una revisión sistemática de 38 estudios que aportan datos sobre factores pronósticos en enfermos con cáncer avanzado y con una expectativa de supervivencia inferior a tres meses llevado a cabo por el Grupo de Trabajo de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (European Association for Palliative Care: EAPC). Se analizó la evidencia que respalda a los diferentes modos de estimar el pronóstico de los pacientes que reciben Cuidados Paliativos: el pronóstico estimado por el clínico, los signos y síntomas y los factores psicológicos, los factores biológicos y, por último, los sistemas pronósticos de puntuación (scores). El mayor grado de evidencia (nivel A) corresponde a la validez del pronóstico fundamentado en la estimación clínica del personal que atiende al paciente y los "scores" de puntuación. Los demás factores pronósticos (estado general, síndrome constitucional, disfagia, xerostomía, disnea, delirium, leucocitosis, linfopenia, proteína C reactiva) alcanzan un grado de evidencia menor (nivel B). Esto se traduce en seis recomendaciones por parte de los expertos: 1. El pronóstico es un factor a tener en cuenta en las decisiones clínicas. 2. La estimación clínica de la supervivencia tiene sus limitaciones, por lo que es aconsejable asociarla a otros factores. 3. Hay factores clínicos, como el estado general, que tienen un valor importante a la hora de definir el pronóstico. 4. También hay determinaciones analíticas que también informan del pronóstico. 5. Hay sistemas validados y sencillos de puntuación de varios factores (scores) que permiten una buena aproximación al pronóstico. 6. El pronóstico forma parte de la información que, en determinadas circunstancias, se puede (o se debe) transmitir a un paciente.

**Comentario**

El pronóstico, la estimación de lo que pueda ser la evolución esperada, es siempre incierto pero aproximado. No es perfecto pero sí que es muy útil ya que a diario nos vemos en la obligación de definir el pronóstico de los pacientes, muchas veces de manera intuitiva. Y es que en la Medicina, en general, y en la Medicina Paliativa, en concreto, la actitud y la intensidad de los tratamientos se adaptan o se deben adaptar al pronóstico del paciente. Este pronóstico es doble. Por una parte el que nos marca su expectativa de supervivencia "en general", de base, y que viene marcado por factores sobre los que es difícil intervenir (edad, estado general, patología de base). Por otra parte, sin embargo, se encuentra el pronóstico que marcan los problemas actuales. Y son estos problemas (y su pronóstico) los que se pueden beneficiar de, por ejemplo, un tratamiento. Y la combinación de estos dos pronósticos es la que marca qué puede hacer

el médico o, mejor dicho, qué es razonable que elija entre las diversas posibilidades que se le plantean.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 13-10-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Fármacos psicoactivos y riesgo de delirium en pacientes con cáncer hospitalizados.**

*Gaudreau J-D, Gagnon P, Harel F, Roy M-A and Tremblay A. Psychoactive medications and risk of delirium in hospitalized cancer patients. J Clin Oncol Sept 2005;23:6712-6718.*

Este artículo estudia la asociación entre exposición a fármacos psicoactivos y riesgo de delirium en pacientes con cáncer avanzado. Se incluyeron en el estudio 261 pacientes con cáncer hospitalizados, a los que se siguió durante un máximo de cuatro semanas. Los episodios de delirium se identificaron según la escala Nursing Delirium Screening Scale (que agrupa cinco ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM IV). Se midió a diario la exposición a cuatro grupos de fármacos: benzodiazepinas, corticoides, opioides y anticolinérgicos. Se establecieron dosis de equivalencias para cada grupo a lorazepam, dexametasona y morfina subcutánea; para los anticolinérgicos únicamente se anotó si se administraban o no. 43 pacientes desarrollaron un episodio de delirium (16,5%). La mayoría de los episodios ocurrieron en las dos primeras semanas de hospitalización. Se encontró asociación entre historia previa de delirium y presencia de metástasis hepáticas con riesgo de delirium. Para estudiar los efectos de los fármacos se ajustó el análisis por estos dos factores. Los resultados fueron los siguientes: se encontró asociación estadísticamente significativa de manera independiente entre desarrollo de delirium y dosis diarias equivalentes mayores de 2 mg de Lorazepam (Riesgo Relativo (RR): 2,04), 15 mg de dexametasona (RR: 2,67) y 90 mg de morfina subcutánea (RR: 2,12). No se encontró asociación con anticolinérgicos ni con quimioterapia.

**Comentario**

Es el primer estudio que demuestra asociación entre benzodiazepinas, corticoides y opioides y desarrollo de delirium. Es interesante fijarse en que la dosis con las que encuentra asociación son bajas para las benzodiazepinas, baja para los corticoides y alta para los opioides. En consecuencia habrá que tener especial cuidado al pautar benzodiazepinas y corticoides en los pacientes con cáncer hospitalizados. Los opioides permiten un margen de uso más amplio según los datos de este estudio. En próximos trabajos habría que observar los efectos de las asociaciones entre estos tipos de fármacos; y también estudiar otros grupos de fármacos psicoactivos como antidepresivos, neurolépticos, etc.

Jaime Ceballos Viro.  
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Otras revistas

**Revisor:** Carlos Centeno Cortés, 17-10-2005  
Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria.  
Universidad de Navarra.

### Desarrollo de la red de formación de enfermería en Europa.

*Larkin P. Developing a nurse education network across Europe. Int J Palliat Nurs 2005;11(8):420-422.*

La Sociedad Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) se fundó en 1988 para promocionar el desarrollo de los cuidados paliativos. La EAPC fomenta y colabora a nivel nacional e internacional en la formación y la investigación. Actualmente está formada por 50000 profesionales de cuidados paliativos y voluntarios de 40 países.

En enfermería han aumentado el número de cursos y programas de formación. Esto es reflejo del desarrollo de los cuidados paliativos dentro del sistema de salud. Sin embargo, el modelo de especialización de enfermería no se ha seguido en muchos países europeos.

Los autores destacan que el enfoque interdisciplinar parece ser clave en la formación especializada. Ejemplos de educación avanzada multidisciplinar existen en España, Italia y Suiza, donde se ofrece a las enfermeras educación a nivel Master. En la mayoría de los países europeos hay dificultades para llevar a cabo una formación en la especialidad compatible con el trabajo habitual.

Viendo la diferencia de programas de educación en distintos países, la EAPC ha querido crear una red internacional de formación en enfermería que estuviera unida a la red de formación de la EAPC. En Septiembre del 2004 cuatro enfermeras especializadas en educación en cuidados paliativos de Irlanda, Suiza, Bélgica y España desarrollaron un informe con recomendaciones claves para la formación a enfermeras de Europa. Se tituló: Guía para el Desarrollo de la Formación en Enfermería en Cuidados Paliativos en Europa. (<http://www.eapacnet.org/projects/nursingeducation.asp>).

Las recomendaciones de este documento van dirigidas especialmente a países donde los cuidados paliativos están en desarrollo y animan a aquellos países donde hay un programa de formación bien desarrollado a apoyar a los demás países.

Dada la diversidad de culturas, en Europa no se ha intentado elaborar un documento en forma de curriculum, sino más bien ofrecer una guía basada en los curriculum europeos ya existentes. Las recomendaciones clave que se exponen son las siguientes:

1. Nivel de formación en cuidados paliativos: propone tres niveles. Formación básica para todo profesional de enfermería, cualificación intermedia para todo enfermero/a que atiende pacientes de cuidados paliativos frecuentemente y formación de nivel especializado para

enfermeras/os que trabajan en áreas de cuidados paliativos.

2. Colaboración: Un buen programa de enfermería en paliativos necesita el apoyo de un centro hospitalario.

3. En un programa de formación se deben evaluar siete áreas diferentes: claridad de objetivos, enfoque del contenido, metodología, estructuración completa, nivel de evidencia de los conocimientos y de la práctica clínica y dimensión ética.

4. Enfoque en la práctica de enfermería: las enfermeras que trabajan en cuidados paliativos requieren una formación especializada que se pueda aplicar a la práctica clínica.

### Comentario

Este artículo presenta la guía para cursos de formación de enfermería en cuidados paliativos que se ha desarrollado en el marco de la EAPC. Una guía con las características descritas ayudará a que las enfermeras especializadas en cuidados paliativos reciban formación con criterios comunes a nivel europeo.

International Journal of Palliative Nursing

**Revisor:** Ana Carvajal Valcarcel, 18-10-2005  
Clínica Universitaria de Navarra

### Guía para el manejo del dolor en mucositis oral causadas por tratamientos.

*Marlow C, Johnson J. A guide to managing the pain of treatment-related oral mucositis. Int J Palliat Nurs 2005;11(7):338-345.*

La mucositis oral es una complicación frecuente en tratamientos de quimioterapia y radioterapia y puede ser un gran problema en pacientes que reciben tratamientos de cáncer o trasplante de médula ósea. Esta complicación afecta a la calidad de vida del paciente e interfiere en la función oral. Actualmente no hay intervenciones sencillas que prevengan o traten la mucositis oral. El objetivo de este artículo es dar una visión de las diferentes opciones que hay para el manejo del dolor en complicaciones orales.

Existen diferentes instrumentos para valorar la cavidad oral, entre ellas están: The Oral Assessment Guide (Eilers et al 1988), the Oral Mucosa Rating Scale (Kolbinson et al 1989), The 34 items and 20 items oral mucositis index (Schubert et al 1992; McGuire et al 2002) y the Oral Mucositis Assessment Scale (Sonis et al 1999). Además también se han desarrollado escalas para identificar la severidad de la mucositis (WHO 1979) y Wilkes (1998).

La mucositis oral se puede abordar con tratamiento preventivo y con tratamiento activo. Diferentes estudios sobre tratamientos preventivos versus placebo muestran mejoría significativa, entre ellos están: purilón, gel o cápsulas de antibiótico, GM-CSF, ácido hialurónico y hielo triturado. En pacientes que reciben radioterapia algunos tratamientos preventivos aconsejados son: el uso de

escudos de plomo en la zona radiada, la disminución de la dosis dada en cada sesión.

El abordaje de la mucositis cuando ésta ya ha aparecido incluye:

1. Medidas generales: higiene oral, modificaciones en la dieta y tratamiento de infecciones locales como candidiasis o herpes.
2. Tratamientos para erradicar la mucositis: enjuagues de purilón, inmunoglobulina y extracto de placenta humana.
3. Manejo del dolor con: Agentes tópicos como ural, gelclair. Anestésicos locales como preparados de lidocaína y capsaicina.

Antiinflamatorios tópicos como enjuagues de benzydamina y opioides tópicos. Medidas físicas como: láser de baja energía, infrarojos. Tratamientos sistémicos del dolor: especialmente la morfina.

Se puede concluir que la mucositis es un efecto secundario de la radioterapia y quimioterapia. Un buen cuidado de la boca reduce la frecuencia y severidad de la mucositis. Por ello, es imprescindible una buena valoración de la boca, una educación en la higiene y un apropiado plan de cuidados. La piedra de toque para el control del dolor en estos pacientes siguen siendo los opioides por vía sistémica de acuerdo con la guía WHO de 1996.

## Comentario

Este artículo hace una revisión amplia de las distintas opciones de tratamiento de la mucositis, tanto en la prevención como en el tratamiento activo, y especialmente del manejo del dolor. Resalta el papel de enfermería para realizar una buena valoración oral diaria de la boca, educación en su higiene y aplicación de un plan de cuidados.

International Journal of Palliative Nursing

**Revisor:** Ana Carvajal Valcarcel, 18-10-2005  
Clínica Universitaria de Navarra

## ¿Cuáles son las preferencias de los pacientes en torno al tratamiento al final de la vida y quién empieza a hablar de ello? Comparación con personas sanas y profesionales sanitarios.

*Sahm S, Hill R, Hommei G. What are cancer patients' preferences about treatment at the end of life, and who should start talking about it? A comparison with healthy people and medical staff. Support Care Cancer 2005;13:206-214.*

Objetivo: Conocer la opinión de pacientes con cáncer sobre el tratamiento al final de la vida y la posibilidad de redactar un documento de voluntades anticipadas. Comparar las preferencias de los pacientes con los individuos sanos y el personal sanitario.

Material y Método: Participantes: pacientes con cáncer en

diferentes estadios de la enfermedad que otorgan su consentimiento informado; grupo control: individuos sanos que acuden al hospital para un chequeo así como médicos y enfermeras participantes en un congreso de la Sociedad Alemana de Enfermedades Digestivas. Encuesta: 29 preguntas de elaboración propia relativas a: 1) Preferencias de tratamiento: hidratación EV, nutrición parenteral, antibióticos, analgésicos a riesgo de disminuir la conciencia, quimioterapia, diálisis; 2) Conocimiento del documento de voluntades anticipadas; 3) Quién debe proponer este documento; 4) Datos demográficos. Estadística: comparación de variables categóricas mediante Chi cuadrado, comparación de frecuencias, comparación de variables ordinales mediante test de Wilcoxon/ Kruskal Wallis; Correlación de Sperman.

Resultados: Se incluyeron 100 participantes de cada grupo: enfermos, sanos, médicos y enfermeras. La nutrición artificial resulta mejor aceptada en el caso de individuos que viven en pareja. El tratamiento antibiótico parece más seleccionado en los casos en los que la enfermedad está más avanzada y es rechazado por los individuos en mejor situación. Los individuos que viven solos rechazan más los analgésicos que puedan alterar su nivel de conciencia. El tratamiento con quimioterapia o diálisis es mucho mejor aceptado (con significación estadística) por los que consideran su estado de salud regular o malo. La ventilación mecánica también es más rechazada por los que viven solos. Para todos los grupos estudiados son los médicos los que deben comenzar a hablar sobre el documento de últimas voluntades seguidos de los familiares.

Discusión: Los autores señalan que los partidarios de los tratamientos más agresivos son aquellos pacientes en peor estado de salud y con más edad lo cual puede indicar que una cosa es la teoría y otra la realidad de la toma de decisiones en condiciones de enfermedad grave. Este hecho puede cuestionar la validez inamovible de un documento de voluntades anticipadas redactado en condiciones de salud. Los autores se sorprenden del alto porcentaje de participantes de todos los grupos que deseaban hidratación EV y nutrición parenteral. Llama la atención que hasta un 8% de pacientes y un 6% de controles sanos rechazan los analgésicos si descienden el nivel de conciencia.

## Comentario

Se trata de un artículo interesante que aporta datos que pueden ayudar en el debate ético del final de la vida en el que todo no está dicho. Existen limitaciones como la validez de la encuesta (no se aportan datos de fiabilidad) y que se aplica en una población muy determinada, la germana bastante alejada de nuestra realidad asistencial.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 24-10-2005  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

