

## **BIBLIOTECA TELEMÁTICA**

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



**24ª Entrega. Diciembre 2005**

# INDICE

Articulo	Pag.
Nutrición basada en la evidencia en el cáncer como enfermedad caquetizante.	1
Estabilidad y compatibilidad de mezclas binarias de hidrocloreuro de morfina con N butil bromuro de hioscina.	1
Evaluación de la intensidad del dolor a pie de cama por enfermeras y especialistas en cuidados paliativos: estudio retrospectivo.	2
Sedación paliativa en el paciente terminal. Llegamos a ello cuando todo lo demás no ha servido.	2
Percepción de los pacientes y de sus familiares en relación con la hidratación intravenosa y subcutánea.	3
Estudio randomizado doble ciego cruzado de tramadol oral contra tramadol rectal en pacientes con dolor oncológico que no han recibido opioides.	3
Desarrollo de un índice pronóstico en pacientes oncológicos con dependencia funcional.	4
Estudio comparativo de distribución aleatoria sobre el tratamiento oral en el manejo no quirúrgico de la obstrucción parcial de intestino delgado.	4
Comparación entre miel y aciclovir en el tratamiento tópico de las lesiones recurrentes por herpes simple.	5
Terapia de dignidad: una psicoterapia novedosa para los pacientes en situación terminal.	5
Empleo de recursos en pacientes con cáncer de ovario en situación terminal: ¿cuánto es demasiado?	6
Citrato de fentanilo oral transmucoso en el tratamiento de las crisis de disnea del paciente oncológico.	6
Conocimiento de la intención del tratamiento entre pacientes con cáncer avanzado: un estudio longitudinal.	7
Solicitud de eutanasia en Unidades de Cuidados Paliativos. Estudio prospectivo en siete Unidades de la región Ródano-Alpes.	7
Desarrollo del EORTC QLQ-C15-PAL, un cuestionario abreviado para pacientes oncológicos en cuidados paliativos.	8
Algoritmo para el tratamiento del dolor neuropático: Una propuesta basada en la evidencia.	9
Desarrollo de una guía de práctica clínica para sedación paliativa mediante la utilización del método Delphi.	9
La gabapentina es efectiva en el tratamiento del dolor neuropático oncológico: un estudio prospectivo abierto.	10
Estabilidad de tramadol y haloperidol para infusión subcutánea en domicilio.	10

**Nutrición basada en la evidencia en el cáncer como enfermedad caquectizante.**

*Cancer Minchot E, Cánovas Molina G, Durán Poveda M, Álvarez Hernández J, Gorgojo Martínez JJ. Nutrición basada en la evidencia en el cáncer como enfermedad caquectizante. Endocrinología y nutrición 2005; 52: 91-95.*

Se presenta una revisión de la bibliografía, realizada de forma exhaustiva y de acuerdo a los criterios de evidencia científica, sobre el papel del soporte nutricional en el paciente oncológico.

Es conocido que la pérdida progresiva de peso se asocia, no sólo con una peor calidad de vida, sino también con una menor supervivencia. Se acepta como indicación habitual del soporte nutricional la pérdida de peso mayor del 10% en los últimos seis meses o la pérdida de peso en los tres últimos meses junto a una ingesta menor del 50% de los requerimientos nutricionales mínimos.

Tras revisar la literatura, se puede concluir con un grado de recomendación A que el soporte nutricional no está indicado de forma rutinaria en el paciente oncológico en tratamiento activo. En relación al soporte nutricional perioperatorio, puede establecerse con un nivel de recomendación A la utilización de terapia nutricional durante los 7-10 días previos a una cirugía mayor, teniendo siempre en mente que las posibles complicaciones de una nutrición iv. podrían retrasar la intervención. Un aspecto interesante en la revisión es la utilidad de los inmunonutrientes en el paciente oncológico. En concreto, se revisan de forma sistemática los beneficios de los suplementos de arginina, glutamina, ARN y ácidos grasos poliinsaturados del tipo omega-3. Aunque el nivel de evidencia es inferior (grado B), se constata su utilidad en la prevención de infecciones y acortamiento de la estancia hospitalaria. Existen datos de que el EPA (ácido graso poliinsaturado activo en los ácidos grasos omega-3), es capaz de modular la respuesta inmune y mejorar tanto la anorexia como el estado nutricional y la composición corporal y prolongar la supervivencia. Aunque son pocos los estudios disponibles, se analiza el estudio realizado por Fearon et al. en 200 enfermos caquéticos con cáncer de páncreas con resultados que avalan estas primeras impresiones.

Por último se analiza la eficacia de los fármacos orexígenos (acetato de megestrol, acetato de medroxiprogesterona, corticoides, ciproheptadina y dronabinol) en la ganancia de peso, aumento del apetito y mejoría de la composición corporal. En todos los estudios revisados hay datos que avalan su papel en la mejoría del apetito en el paciente con cáncer.

**Comentario**

Se trata de una revisión rigurosa de la evidencia disponible para la utilización de la terapia nutricional en el paciente oncológico. El soporte nutricional tiene un efecto terapéutico beneficioso en los pacientes con malnutrición moderada-grave. La utilización de fórmulas enriquecidas con inmunomoduladores en el postoperatorio de pacientes oncológicos, reduce la incidencia de infecciones

posquirúrgicas y las complicaciones de la herida. Asimismo se sugiere que su uso en casos de caquexia es capaz de mejorar la calidad de vida del paciente, frenar la pérdida de peso y aumentar la masa muscular.

Otras revistas

**Revisor:** Julia Urdiroz, 19-10-2005  
Clínica Universitaria de Navarra

**Estabilidad y compatibilidad de mezclas binarias de hidrocloreto de morfina con N butil bromuro de hioscina.**

*Barcia E, Reyes R, Azuara ML, Sanchez Y and Negro S. Stability and compatibility of binary mixtures of morphine hydrochloride with hyoscine-n-butyl bromide. Support Care Cancer 2005;13:239-245.*

**Objetivo:** Establecer la estabilidad y compatibilidad de la mezcla de morfina y butil bromuro de hioscina en tres concentraciones diferentes y almacenadas a distintas temperaturas.

**Material y Método:** Se analizan mezclas de 20, 60 y 120 mg. de morfina con 40, 60 y 80 mg. de Buscapina junto con 60 ml. de suero salino. Las nueve combinaciones diferentes fueron sometidas a 4 y 25 °C durante 15 días. Se analizaron: modificaciones en el volumen total, cambios de color, precipitación, presencia de gas y cambios en el pH mediante técnicas de cromatografía.

**Resultados:** en ningún caso se observaron incompatibilidades ni alteraciones significativas. A los 15 días, y a temperatura de 25° C se observó una pérdida de Butil bromuro de hioscina de entre un 3 y un 7% mientras que la morfina se mantuvo en el 100%.

**Comentario**

**Comentarios:** Estos autores españoles constatan científicamente lo que es conocido para nosotros en la práctica diaria. Las combinaciones de morfina e hioscina son estables y pueden prepararse con antelación y guardarse en la nevera hasta su uso.

Supportive Care in Cancer

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

**Evaluación de la intensidad del dolor a pie de cama por enfermeras y especialistas en cuidados paliativos: estudio retrospectivo.**

*Bruera E, Willey JS, Ewert Flannagan PA, Cline M, Kaur G, Shen L, Zhang T, Palmer JL. Pain intensity assessment by bedside nurses and palliative care consultants: a retrospective study. Support Care Cancer 2005;13: 228-231.*

**Objetivo:** Evaluar la especificidad, sensibilidad y precisión de las evaluaciones de intensidad del dolor mediante escala numérica 0-10.

**Material y método:** revisión retrospectiva de las historias clínicas del hospital en las que se solicitó una interconsulta a CP entre abril y agosto 2002. Realizados por una supervisora de enfermería, una enfermera y un médico adiestrado en CP.

**Resultados:** de las 79 historias disponibles se incluyeron 40 historias (52%) con el triple registro de intensidad del dolor. La correlación entre la evaluación del especialista en CP y las dos enfermeras fue para todas las categorías de dolor: ausente, medio, moderado y severo,  $r: 0.55-0.22$ . Sensibilidad 30 y 45% para la enfermera y la supervisora respectivamente, Especificidad: 90-100% respectivamente. Precisión 66-68%.

**Discusión:** Los autores, a la luz de estos resultados, señalan que el dolor continua minusvalorándose en la mayoría de departamentos hospitalarios. Lo que para un especialista de paliativos resulta familiar e importante en otras muchas áreas sanitarias no lo es, de modo que la evaluación queda mediatizada por la poca sensibilidad del observador y su falta de formación.

## Comentario

Evaluar el dolor es la premisa fundamental para tratarlo adecuadamente. En muchos hospitales americanos la cuantificación del dolor se realiza por enfermería de forma sistemática en sus gráficas ya que constituye un criterio de calidad. Este trabajo parece ilustrar que no todas las evaluaciones son iguales y que la evaluación de síntomas requiere una formación específica. El trabajo hubiera resultado más ilustrativo si contase con la evaluación realizada por el propio enfermo.

Supportive Care in Cancer

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

## Sedación paliativa en el paciente terminal. Llegamos a ello cuando todo lo demás no ha servido.

*Lo B, Rubinfeld G. Palliative sedation in dying patients. We turn to it when everything else hasn't worked. JAMA 2005; 294: 1810-6.*

Los autores presentan su línea argumental sobre la sedación terminal como una discusión entre diferentes profesionales en relación con la actitud ante una paciente con cáncer de mama avanzado con un dolor severo, que presenta toxicidad opioide compatible con mioclonias generalizadas e incoercibles. A raíz de la decisión tomada en esta paciente (a instancias de la propia enferma) y del impacto que deja en el personal que la atiende, se repasan los argumentos que fundamentan una posible sedación terminal.

Primeramente se analiza el problema concreto refractario para el que sólo se encuentra la alternativa de la sedación, tras oír la opinión de especialistas cualificados. Tras ello se plantea el principio del doble efecto, que fundamenta su valoración en el componente intencional de los hechos. Y, por última, se recuerdan conceptos prácticos como el dejar constancia (en la historia clínica) de las razones que mueven a la toma de decisiones y que la actitud se explique y, en cierta medida, se comparta en el seno del equipo terapéutico que incluye, al menos, médicos y enfermeras. Asimismo se recuerda que hace falta cierto consentimiento y, por tanto, una información adecuada, por parte del paciente y/o de sus familiares. Tanto con los demás componentes del equipo como con los familiares, y el paciente si es el caso, es aconsejable dejar abiertas vías de diálogo para atender a los desahogos y resolver cuestiones o dudas, en prevención de daños morales presentes o futuros.

## Comentario

A pesar de estar redactado en Estados Unidos, este trabajo replantea y repasa la cuestión de la sedación terminal desde una perspectiva que coincide en líneas generales con nuestras bases culturales. La revisión toca los puntos esenciales del planteamiento y de la valoración de la sedación. Y termina con una revisión interesante, probablemente fundamentada en la experiencia de los propios autores, sobre las cuestiones que es importante abordar en la información sobre la sedación. Primero: dejar muy claro el objetivo: aliviar (aun al precio de reducir el nivel de conciencia) una vez que las medidas habituales no se han mostrado eficaces. Segundo: resolver dudas y prever posibles malentendidos; para ello es necesario conocer qué idea tienen los familiares sobre lo que es y lo que representa la sedación. Tercero: anticipar los problemas y las situaciones que plantea la incertidumbre y el sufrimiento de cara al previsible fallecimiento cercano; es conveniente recordar que no se marcan plazos, que el objetivo no es "acortar" sino aliviar. Cuarto: se mantienen los cuidados y las medidas que le puedan ayudar o que le eviten sufrimiento; en concreto, se puede plantear de inicio la pregunta de si hay alguien a quien se esté esperando para que pueda despedirse o si hay que buscar a un sacerdote u otra persona que le pueda dar la ayuda espiritual que es necesaria a tantas personas en ese trance.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 27-10-2005

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Percepción de los pacientes y de sus familiares en relación con la hidratación intravenosa y subcutánea.

*Mercadante S, Ferrera P, Girelli D, Casuccio A. Patients' and relatives' perceptions about intravenous and subcutaneous hydration. J Pain Symptom Manage 2005; 30: 354-8.*

Más allá de los posibles beneficios de la hidratación en la situación terminal está la cuestión de cómo se puede (o se debe) administrar esa hidratación. Hay autores que respaldan la idea de que la hidratación subcutánea obtiene los mismos resultados que la intravenosa pero de una manera más cómoda y accesible. Y suponen que, en cierta medida, tanto el personal sanitario como los propios pacientes perciben estas ventajas. En este estudio, a los pacientes que ingresan en una Unidad de Cuidados Paliativos oncológicos en los que hay indicación de hidratación (en la mayoría por presentar signos clínicos de deshidratación), que mantienen las funciones superiores conservadas, con una expectativa de vida superior a dos semanas y que dieron su consentimiento se les pasó un cuestionario sobre estos temas. Lo mismo se hizo con los familiares.

De 82 pacientes consecutivos que ingresaron, se obtuvieron datos de 54 (66%). En líneas generales la valoración del paciente y de los familiares fue similar. En concreto, las valoraciones (pacientes/familiares) fueron: la hidratación parenteral es algo útil 90%/96%; es también nutrición 72%/80%; ayuda a mejorar 94%/94%; ayuda psicológicamente 93%/91%; desea que se mantenga más tiempo 71%/86% ( $p > 0,1$ ); considera que la relación entre molestia y beneficio es razonable 92%/91%; la subcutánea es tan efectiva como la intravenosa 24%/31%; la subcutánea es menos molesta que la intravenosa 59%/58%; prefiere la vía subcutánea 36%/38%; mantendría la hidratación en el domicilio si fuera preciso 89%/96%; la vía subcutánea es la más sencilla en el domicilio 66%/76%; una vez en el domicilio preferiría la hidratación subcutánea 19%/23%.

### Comentario

Es de suponer que la mayor parte de los pacientes y de los familiares que responden el cuestionario no conoce propiamente lo que es la hidratación subcutánea. Aun así, sorprende que, incluso tras aceptar que es más sencilla y menos molesta, sólo una minoría prefiera esta vía. En este estudio, realizado en un ambiente que nos resulta cercano, lo que parece aflorar más que la experiencia es un atavismo cultural: "el suero", la hidratación por antonomasia es la intravenosa. Esta hidratación se interpreta como algo útil para el enfermo y se ve también como un modo de nutrir a los pacientes. Una vez sentada esta base de confianza en la hidratación intravenosa es difícil que nada compita en igualdad de condiciones. Por eso, la hidratación subcutánea se asume como una especie de sucedáneo;

algo "de segunda división" y de eficacia más que dudosa. Este dato es importante porque permite conocer cuál es la visión de los pacientes y de sus familiares sobre la hidratación. Si lo aceptamos, será más difícil que nos veamos "luchando contra los elementos" al intentar imponer algo que culturalmente se rechaza. Por eso, tal vez, en nuestro medio y a día de hoy, al plantear una hidratación habrá que pensar primero en la vía intravenosa porque de la otra manera tal vez no se entienda bien lo que pretendemos hacer y se creen recelos.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 27-10-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Estudio randomizado doble ciego cruzado de tramadol oral contra tramadol rectal en pacientes con dolor oncológico que no han recibido opioides.

*Mercadante S, Arcuri E, Fusco F, Tirelli W, Villari P, Bussolino C, et al. Randomized double-blind, double-dummy crossover clinical trial of oral tramadol versus rectal tramadol administration in opioid-naive cancer patients with pain. Support Care Cancer 2005;13(9):702-7.*

**Objetivo:** Comparar la actividad analgésica y la tolerabilidad del tramadol oral y rectal en un ensayo clínico doble ciego cruzado.

**Material y Método:** Estudio multicéntrico doble ciego cruzado y randomizado realizado en pacientes con cáncer de entre 17 y 75 años, que sufrían dolor moderado o severo (EVA > 4/10) tratados con un primer escalón analgésico.

- Se descartaron: pacientes con hipersensibilidad a tramadol; pacientes en tratamiento con difosfonatos, TT antiblástico, radioterapia, inhibidores de la monooxidasa o barbitúricos; fallo renal o hepático; abuso de drogas o síndrome de intestino corto por cirugía previa.

- Dinámica: tramadol 50 gotas seguido de tramadol retard 10 mg/12h + placebo rectal vs tramadol rectal 100 mg/12h + placebo oral con cambio a los 3 días. Se autorizaron dosis de rescate de 50 mg/VO hasta un total de 400 mg. Se realizó un seguimiento telefónico diario relativo a EVA de dolor y cumplimiento terapéutico y seguimiento presencial los días 3 y 6.

- Se analizaron las variables: Intensidad del dolor, alivio del dolor, descanso nocturno, eficacia del tratamiento y satisfacción

- Estadística: descriptiva; análisis de homogeneidad de los grupos mediante t de Student y análisis comparativo mediante análisis de la varianza y test de Wilcoxon.

**Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes, 30 en cada grupo. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Completaron la primera parte del estudio 50 pacientes y 44 lo hicieron de forma completa. No se encontraron diferencias respecto a eficacia o tolerabilidad. La única diferencia significativa fue en relación a la preferencia

de los pacientes y los médicos que escogieron la vía oral.

### Comentario

Se trata de un trabajo sencillo pero que nos permite conocer más sobre tramadol y sus vías de administración. Su lectura es didáctica ya que nos presenta los diferentes pasos a seguir en este tipo de ensayos.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 30-10-2005  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### Desarrollo de un índice pronóstico en pacientes oncológicos con dependencia funcional.

*Gonçalves JF, Costa I, Monteiro C. Development of a prognosis index in cancer patients with low performance status. Support Care Cancer 2005; 13(9):752-756.*

**Objetivo:** Desarrollar un índice pronóstico aplicable a pacientes con alta dependencia funcional que no requiera la intervención del paciente.

**Material y Método:** Estudio realizado en pacientes encamados con ECOG de 3-4. Las variables analizadas fueron: nivel de conciencia, capacidad de comunicación, capacidad de deglución, capacidad de alimentación autónoma, reconocimiento de familiares y continencia. Todas las variables fueron categóricas (0-2). La estadística empleada fue análisis de regresión lineal, curvas de supervivencia de Kalan Meier y el Test de Breslow.

**Resultados:** Se incluyeron 110 pacientes entre marzo 2000 y abril 2001. La edad media fue de 65 años. El 37% fueron varones. La media de supervivencia fue de 11 días. Los autores describen 3 estadios según el resultado de la suma de las variables: I) entre 0 y 3; II) entre 4 y 6 y III) entre 7 y 8. La media de supervivencia fue de 4, 19 y 29 días respectivamente. Las variables asociadas significativamente al pronóstico fueron: el nivel de conciencia, la capacidad de comunicación, la posibilidad de deglutir y la posibilidad de comer.

### Comentario

Se trata de un trabajo interesante que permite profundizar en el tema del pronóstico. Son muchos los trabajos que relacionan el bajo nivel de autonomía con una menor supervivencia, este trabajo lo confirma nuevamente y profundiza en algunos aspectos de esa pérdida de autonomía.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 30-10-2005  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### Estudio comparativo de distribución aleatoria sobre el tratamiento oral en el manejo no quirúrgico de la obstrucción parcial de intestino delgado.

*Chen SC, Yen ZS, Lee CC, Liu YP, Chen WJ, Lai HS, et al. Nonsurgical management of partial adhesive small-bowel obstruction with oral therapy: a randomized controlled trial. CMAJ 2005; 173: 1165-9.*

El tratamiento de la obstrucción parcial de intestino delgado por bridas quirúrgicas suele ser conservador y se suele basar en el reposo digestivo (dieta absoluta) e hidratación parenteral. Este estudio se llevó a cabo para conocer si asociar un tratamiento oral que incluya un laxante (Magnesio), una bacteria que modifica la flora intestinal (Lactobacillus) y un producto que reduce la flatulencia (los "gases") como la simeticona, puede ayudar a reducir el riesgo de entrar a quirófano y el tiempo de estancia hospitalaria. Los criterios de inclusión fueron haber sido intervenidos (laparotomía) en el último mes, la presencia de signos y síntomas compatibles con obstrucción (dolor, distensión, estreñimiento, náuseas y vómitos) y signos radiográficos de obstrucción parcial del intestino delgado: distensión de asas de delgado y aire en el colon. Los pacientes se distribuyeron de manera aleatoria: 63 al grupo control (dieta absoluta, sonda nasogástrica e hidratación parenteral) y 65 al que, junto a la hidratación parenteral y a la sonda nasogástrica (que se clampaba tras la toma de medicación), incluía óxido de Magnesio (500 mg), Lactobacillus acidophilus (300 mg) y simeticona (40 mg), todo ello cada 8 horas por vía oral. Se procuraba que el médico fuera "ciego" sobre si el paciente recibía o no la medicación. En líneas generales, en el grupo de tratamiento fue preciso intervenir a menos pacientes (9% vs. 24%,  $p = 0,03$ ) y tuvieron una media de días de estancia en el hospital también menor (1 vs. 4,  $p < 0,001$ ). El porcentaje de complicaciones y de recidivas de la obstrucción fue similar en los dos grupos.

### Comentario

En Cuidados Paliativos es frecuente atender pacientes con cuadros obstructivos parciales, a veces de origen multifactorial, en que tras un diagnóstico clínico (no exento de incertidumbre) es preciso definir cuál es la mejor actitud: ¿cirugía, reposo intestinal, laxantes? Raro será que el mejor modo de resolver este problema se defina a través de estudios prospectivos de distribución aleatoria. Así que, como en otras ocasiones, la evidencia habrá que tomarla de lo que se conoce de otros problemas que guardan cierta similitud, como sucede en este caso. Es cierto que este ensayo adolece de una serie de problemas metodológicos difíciles de resolver como, por ejemplo, que el diagnóstico del proceso y de su gravedad tiene un componente subjetivo, que no es posible un buen enmascaramiento de los

tratamientos o que se incluye una opción de rescate (cirugía) que puede distorsionar los resultados. De hecho, en este ensayo es obvio que la cirugía de rescate se asocia a una estancia más prolongada. Así que, en el fondo, contabilizar los días de estancia lo único que hace es evidenciar una consecuencia de las intervenciones: que los enfermos se pasan más tiempo en el Hospital. Aún así, la conclusión que se obtiene es interesante ya que muestra que algo que tradicionalmente se había contraindicado, como es el asociar laxantes y otros fármacos al tratamiento conservador de la obstrucción intestinal parcial (por bridas quirúrgicas), no sólo no perjudica sino que puede acelerar su resolución.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 08-11-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Comparación entre miel y aciclovir en el tratamiento tópico de las lesiones recurrentes por herpes simple.

*Al-Waili NS. Topical honey application vs. acyclovir for the treatment of recurrent herpes simplex lesions. Med Sci Monit 2004;10:94-8.*

La eficacia del aciclovir tópico en el tratamiento de las lesiones por herpes simple es limitada. La miel es un producto natural con efecto bactericida y que facilita la cicatrización de ciertos tejidos. El objetivo de este estudio ha sido comparar el efecto de la aplicación tópica de la miel y del aciclovir en las lesiones recurrentes por herpes simple labial y genital. Se incluyeron pacientes con herpes recurrente (con al menos cinco recidivas en el último año que tendían a tardar en desaparecer de siete a 12 días), ocho con herpes labial y ocho con herpes genital. El tratamiento tópico se administró de manera secuencial: ocho prefirieron empezar con miel en una recidiva y recibir crema de aciclovir al 5% en la siguiente y otros ocho, optaron por el orden inverso. El tratamiento debía empezar en la primera hora tras detectar el primer signo de recidiva y consistía en la aplicación local de miel durante 15 minutos cuatro veces al día o en crema de aciclovir seis veces al día. El tiempo medio hasta la cicatrización total del herpes fue de tres días con miel (uno hasta la formación de costra) y de seis con aciclovir (tres hasta la aparición de costra) ( $p < 0,05$ ). El dolor debido al herpes se mantuvo una media de dos días en los tratamientos con aciclovir y sólo uno cuando se aplicaba miel. Hubo tres casos tratados con miel en que el inicio de las lesiones herpéticas desapareció sin evolucionar hacia lesiones costrosas, algo que no sucedió con aciclovir. No hubo problemas locales con la miel mientras que con aciclovir hubo tres pacientes que refirieron picores.

### Comentario

El estudio es comparativo y, hasta cierto punto, cada

paciente es su propio control ya que recibe tratamientos sucesivos para un mismo problema recidivante. Pero no tiene, ni mucho menos, el peso de un estudio de distribución aleatoria con enmascaramiento. Y las técnicas estadísticas no están explicadas de manera suficientemente clara como para poder concluir que son las más adecuadas. Aun así, sí que parece apuntar que la miel puede ser, al menos, igual de eficaz y de bien tolerada que el aciclovir en el tratamiento tópico del herpes simple; algo que no extraña demasiado cuando se conocen las propiedades de la miel, por ejemplo, en las curas de úlceras cutáneas. Y lo que sí que caracteriza a la miel en relación con el aciclovir es que, desde luego, es más barata y más accesible.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 09-11-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Terapia de dignidad: una psicoterapia novedosa para los pacientes en situación terminal.

*Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. J Clin Oncol 2005; 23: 5520-5.*

La "dignity therapy", la terapia de dignidad, se plantea como una psicoterapia dirigida a paliar el sufrimiento psicosocial y existencial de los pacientes en situación terminal. Su método se centra en hablar de las cuestiones que al paciente le parecen más relevantes o de las que tiene interés en que sean recordadas. Lo que se trata en estas conversaciones se transcribe y se imprime, de manera que una persona de confianza lo pueda custodiar (y transmitir) de cara al futuro. En este estudio se plantea si es posible llevar a cabo este tipo de terapia y si realmente consigue reducir el sufrimiento psicosocial y existencial de los pacientes en situación terminal. Para ello se han valorado los resultados de cien enfermos a los que se les ha pasado, antes y después de esta terapia de dignidad, un cuestionario que evaluaba variables de tipo psicosocial y existencial junto con la satisfacción percibida tras la terapia. En líneas generales, se encontró que esta terapia de dignidad se asociaba a una reducción del sufrimiento y de los síntomas depresivos. El 91% se encontró satisfecho con esta terapia de dignidad, el 76% refirió una mayor percepción de dignidad, el 68% mayor percepción del sentido de la vida, el 67% mayor comprensión del sentido que tienen los diferentes acontecimientos, el 47% una voluntad más clara de vivir y, además, el 81% refirió que esto podría ser útil también para su familia.

### Comentario

La idea de la terapia de dignidad es original e interesante: dar a los pacientes que ven acercarse su muerte la opción de hacer una especie de legado, de testamento existencial, que incluya ideas, mensajes, indicaciones y todo aquello

que consideren relevante para poderse transmitir a sus familiares. El modo en que esto puede ayudar al paciente en situación terminal es doble. Por una parte le lleva a comprender, a asumir y a verbalizar su propia realidad. Por otra, le da salida a tantas cosas como pueden bullir en su cabeza en esos momentos: lo que querría decir, como consejo o como despedida, pero no sabe cómo o no encuentra el momento. Además, los datos de este estudio muestran que, efectivamente, en pacientes de ámbito anglosajón (Australia y Canadá) ayuda a aliviar su sufrimiento existencial. El problema es que, para seguir la misma metodología, en nuestro medio sería necesario dar una información, tal vez, "excesivamente clara", a la que no estamos acostumbrados, y que quizás sea poco beneficiosa para algún paciente o... alguna familia. Para adaptar esta terapia de dignidad a nuestra cultura y darle también esta opción a nuestros pacientes haría falta afrontar el desafío que supone volver a pensar y a plantear el método.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 16-11-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Empleo de recursos en pacientes con cáncer de ovario en situación terminal: ¿cuánto es demasiado?**

*Lewin SN, Buttin BM, Powell MA, Gibb RK, Rader JS, Mutch DG, et al. Resource utilization for ovarian cancer patients at the end of life: how much is too much? Gynecol Oncol 2005; 99: 261-6.*

El estudio pretende comparar el gasto en atención hospitalaria entre enfermas con cáncer de ovario en sus dos últimos meses de vida. Para ello se definen dos grupos: los que han recibido atención por parte de una Unidad de Cuidados Paliativos durante un mínimo de diez días (media: 47 días) y los que no la han recibido o lo han hecho durante menos tiempo (media: menos de un día). Se analizaron de manera retrospectiva las historias clínicas de 84 pacientes: 17 (20%) atendidos por Cuidados Paliativos y 67 (80%) no atendidos. En líneas generales, las características de los dos grupos en cuanto a edad, características de los tumores, número de ciclos de quimioterapia recibidos y número de revisiones ambulatorias en los dos últimos meses de vida fue similar en los dos grupos, así como en la supervivencia. Se encontró que la media de días de ingreso fue menor en los que recibieron Cuidados Paliativos (3,6 vs. 11,2;  $p = 0,005$ ), así como el gasto en estudios de imagen, análisis, fármacos o en el pago del sueldo de los médicos. Sí que destaca que las enfermas que fueron atendidas por Cuidados Paliativos recibieron en estos dos últimos meses de vida una media menor de ciclos de quimioterapia (0,6 vs. 1,3;  $p = 0,01$ ). Todo ello se traduce en que el promedio de gasto en atención hospitalaria de cada paciente atendida por una Unidad de Cuidados Paliativos fue únicamente el 25% de

lo que precisó cada uno de los que no recibieron estos cuidados (12500 vs. 50000;  $p < 0,001$ ).

### **Comentario**

En teoría, según apuntan los autores, el cuidado del enfermo terminal supone en algunos países más del 10% del gasto sanitario global. Y el desarrollo de Unidades específicas de Cuidados Paliativos podría ayudar a reducir entre un 25% y un 40% el gasto absoluto dedicado a estos pacientes. De ahí el interés del estudio, que pretende confirmar que esto es cierto, al menos en cuanto al gasto por la atención hospitalaria en enfermas con cáncer de ovario. Es cierto que los estudios de economía sanitaria arrastran sesgos casi por sistema, y aunque no son muy de fiar en el detalle de cómo se obtienen y se analizan los datos, sí que suelen ser fiables en la conclusión general. Este trabajo puede arrastrar además un sesgo de selección ya que no se da una explicación de por qué unos llegan a Paliativos y otros no. Y es fácil apreciar también, una cierta redundancia en los datos: las enfermas que van más veces al Hospital, con motivo o sin él, gastan más por el mero hecho de ir; la experiencia nos muestra que sólo por acudir al Hospital la paciente recibe unos cuidados y, además, se le suelen practicar pruebas de imagen, análisis, etc. Es decir que, en el fondo, el dato relevante es que los pacientes atendidos por una Unidad van menos al Hospital, y éste es uno de los motivos de que gasten menos, que es el beneficio práctico de los Cuidados Paliativos en la economía sanitaria.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 17-11-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Citrato de fentanilo oral transmucoso en el tratamiento de las crisis de disnea del paciente oncológico.**

*Benítez-Rosario MA, Salinas Martín A, Feria M. Oral transmucosal fentanyl citrate in the management of dyspnea crises in cancer patients. J Pain Symptom Manage 2005; 30: 395-7.*

Los autores presentan su experiencia (cuatro pacientes) en el tratamiento de las crisis de disnea del paciente oncológico mediante el empleo de citrato de fentanilo oral transmucoso (CFOT), una presentación farmacológica eficaz en el dolor irruptivo. No se encontró una clara relación entre la dosis de morfina diaria y la de CFOT eficaz en las crisis de disnea. La dosis equivalente diaria de morfina parenteral de estos cuatro pacientes variaba entre 15 y 400 mg mientras que la de CFOT oscilaba únicamente entre 400 y 1200 mcg. El alivio de la disnea se apreciaba tras 15 a 30 minutos y alcanzaba su máximo al cabo de cerca de una hora. El empleo de CFOT no se asoció a signos de depresión respiratoria ni modificó la saturación de oxígeno. Tampoco se

apreciaron efectos secundarios relevantes salvo algo de somnolencia o mareo en dos de los pacientes.

### Comentario

La morfina se ha venido considerando como el opioide de referencia en el tratamiento de la disnea. De acuerdo con esta serie, es probable que el CFOT sea una alternativa razonable a la morfina, aunque es preciso realizar estudios más amplios. No hay que olvidar que, en general, en el tratamiento de los procesos episódicos, "irruptivos", la evolución natural en muchos casos tiende a la mejoría espontánea, así que en ocasiones no cuenta tanto el grado de alivio como el tiempo que tarda en alcanzarse. En esta serie limitada de enfermos, el tiempo que tarda en aparecer un alivio relevante de la disnea parece ser de, al menos, 15 minutos. Y, además, como sucede con el CFOT en el tratamiento del dolor irruptivo, no es fácil encontrar una relación entre la dosis de morfina diaria y la dosis recomendable de CFOT, algo que dificulta su empleo y que produce un margen de incertidumbre. Aun así, la experiencia es sugerente y deja abierta la puerta, por una parte, a nuevos estudios y, por otra, a que en aquellos pacientes con un determinado perfil que anime a buscar un opioide alternativo a la morfina en las crisis de disnea se plantee el empleo de CFOT.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 29-11-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Conocimiento de la intención del tratamiento entre pacientes con cáncer avanzado: un estudio longitudinal.

*Craft PS, Burns CM, Smith WT, Broom DH. Knowledge of treatment intent among patients with advanced cancer: a longitudinal study. Eur J Cancer Care 2005; 14: 417-425.*

Se trata de un estudio prospectivo realizado en Australia cuyo objetivo es determinar si los pacientes con cáncer avanzado saben cuál es la finalidad del tratamiento, si comprenden que su enfermedad es amenazante para la vida y determinar las fuentes de las que han obtenido esta información. Se eligió a 181 pacientes para ser entrevistados al inicio del estudio y a las 12 semanas (finalmente fueron 163 quienes realizaron la primera entrevista, 122 la segunda y 119 ambas). Todos ellos eran mayores de 18 años, con cáncer metastático (69%) o enfermedad locorregional persistente o recidivada (31%), en su mayoría con ECOG menor o igual a 2 (78%), y en un 83% estaban recibiendo algún tipo de tratamiento activo (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, o una combinación de éstos). Los resultados más destacados fueron los siguientes: un 19% no consideraba que la enfermedad amenazara su vida, más del 80% identificaba como finalidad del

tratamiento la mejoría de la calidad de vida y el control de la enfermedad, pero a la vez, sólo un 47% sabía que el tratamiento que recibía no era curativo. La apreciación correcta de finalidad no curativa fue mayor entre los casados, los residentes en ciudades, los que no recibían tratamiento activo y los que fallecieron antes de 6 meses. En el grupo que realizó las dos entrevistas, no hubo globalmente variaciones temporales significativas (aunque algunos pacientes cambiaron la respuesta la segunda vez: de curativo a no curativo en 16 casos y, curiosamente, de no curativo a curativo en 5). Las fuentes de información identificadas fueron en más del 90% el médico de la especialidad de referencia, y en un 50% el médico de familia.

### Comentario

A la hora de decidir un tratamiento quimioterápico o radioterápico paliativo en una situación avanzada, hay que hacer un balance entre el coste y el beneficio esperado. La decisión final la debe tomar el paciente, debidamente asesorado e informado. Para tomar esa decisión, parece obvio que el paciente tendría que saber claramente que la finalidad no es la curación. Sin embargo, como éste y otros estudios han mostrado, un gran porcentaje de pacientes cree que el tratamiento que recibe es curativo. Esta apreciación errónea impide al paciente planificar su futuro, tomar decisiones adecuadas a su situación, y genera reacciones desadaptativas cuando finalmente percibe que "no se está curando". Como bien dicen los autores del estudio, clarificar estos temas debe ser algo fundamental en la atención de los pacientes tratados con finalidad paliativa.

Otras revistas

**Revisor:** José Javier De-Arriba Méndez, 07-12-2005  
Unidad de Medicina Paliativa. Hospital N. S. Perpetuo Socorro. Albacete

### Solicitud de eutanasia en Unidades de Cuidados Paliativos. Estudio prospectivo en siete Unidades de la región Ródano-Alpes.

*Comby MC, Filbet M. The demand for euthanasia in palliative care units: a prospective study in seven units of the Rhone-Alpes region. Palliat Med 2005; 19: 587-593.*

Hay datos que sugieren que entre el 1% y el 5% de los pacientes en situación terminal solicitan o desean la eutanasia. En este estudio prospectivo, llevado a cabo a lo largo de los seis meses del estudio en siete Unidades de Cuidados Paliativos hospitalarias de la región francesa de Ródano-Alpes, en torno a Lyon, en trece (2%) de los 611 pacientes ingresados se solicitó, por parte del paciente (6), de la familia (3) o de ambos (4) alguna opción de eutanasia. Como este deseo se puede expresar de diversas maneras, el que se interpretara como una solicitud de eutanasia

quedaba a criterio del médico que atendía al paciente. La solicitud, en la mayoría de los casos, se planteó pronto, en los tres primeros días de ingreso o, incluso, antes de ingresar. Doce de los trece pacientes tenían conciencia de su pronóstico. En todos los casos la solicitud tenía un origen multifactorial. Entre las causas se encontraron: síntomas clínicos (incluido el dolor), cambios en el aspecto físico, pérdida de la capacidad de relación y del estatus social, pérdida de la propia autonomía, sensación de ser una carga para los demás, conflictos familiares (en ocasiones llega a ser un modo de "vengarse" de la familia), problemas de relación y de comunicación, recuerdo de la experiencia previa en la familia, cansancio de los cuidadores, sufrimiento existencial, cuadros adaptativos y depresivos, miedo a una "mala muerte", duelo anticipatorio o el compromiso previo de los familiares.

### Comentario

El criterio para afirmar que un paciente solicita la eutanasia es bastante laxo; de hecho, se pueden incluir pacientes sólo manifiestan deseos de acabar pronto. Además, el estudio no fue evaluado por un Comité Ético ya que se trataba de un estudio anónimo y, probablemente, también por no ser intervencionista. Por otra parte, sólo se incluyen los pacientes o familiares que manifiestan espontáneamente este deseo de eutanasia. De esta manera se evita tener que plantear abiertamente la cuestión al paciente, algo que puede aumentar su angustia. Es cierto que éste es un método poco sensible en que pueden perderse casos ya que puede haber pacientes que lo deseen pero no lo expresen. Pero el resultado sigue siendo fiable... aunque limitado a los casos de deseo expreso. En todo caso, siempre es bueno disponer de datos epidemiológicos relativamente fiables sobre la incidencia de solicitudes de eutanasia en un medio cercano (aunque no del todo asimilable) al nuestro. Así, la estimación es que en nuestro medio cerca del 2% de pacientes en una Unidad de Cuidados Paliativos pueden plantear abiertamente la posibilidad de acelerar el fallecimiento. Además, esta solicitud es probable que surja en los primeros días de ingreso, cuando aún no se ha experimentado todo el alivio que puede aportar la atención en estas Unidades. Por lo demás, este estudio detecta que en una proporción importante de las solicitudes de eutanasia interviene, de manera más o menos activa, la familia y que parte de las causas que facilitan esta solicitud provienen también del entorno familiar, como el cansancio y los problemas de comunicación y de relación.

Palliative Medicine

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 16-12-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Desarrollo del EORTC QLQ-C15-PAL, un cuestionario abreviado para pacientes oncológicos en cuidados paliativos.**

*Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A, et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. Eur J Cancer 2006; 42: 55-64.*

No existe, por ahora consenso, sobre cuál es el mejor modo de evaluar la calidad de vida en el enfermo oncológico en situación terminal. En este trabajo se presenta el desarrollo de una versión reducida del cuestionario EORTC QLQ-C30 dirigida a pacientes que reciben Cuidados Paliativos. Inicialmente se entrevistaron 41 pacientes y 66 profesionales de Cuidados Paliativos para seleccionar, entre las cuestiones que se integran en el cuestionario QLQ-C30, las que son más relevantes en Cuidados Paliativos. Estas fueron: dolor, deterioro físico y emocional, astenia, situación global de bienestar-malestar ("calidad de vida"), náuseas y vómitos, hiporexia, disnea, estreñimiento y alteración del ciclo sueño-vigilia. Se detectaron también ciertas dimensiones que no se encontraban en el cuestionario matriz (QLQ-C30) y que, por este motivo, no estaban cubiertas de manera adecuada por el cuestionario. Estas dimensiones hacían referencia a otros síntomas, a cuestiones espirituales y existenciales, al porvenir de los pacientes, a los familiares del enfermo, a la información, a la satisfacción con los cuidados recibidos o al apoyo social. También por este motivo, los autores consideran que el QLQ-C15-PAL es un "cuestionario base" en Cuidados Paliativos que se puede (y se debe) complementar con otros ítems, otros apartados o escalas o, incluso, con otros cuestionarios dirigidos a estas variables en función de las necesidades.

### Comentario

Los cuestionarios de calidad de vida tienen, como es sabido, limitaciones importantes. Pero esto no quita para que sean unos instrumentos muy importantes en la evaluación de los pacientes ya que permiten dar una visión global, integrada, de múltiples variables. Por este motivo, es un paso realmente importante que desde la EORTC se haya diseñado un primer cuestionario de calidad de vida dirigido específicamente a pacientes oncológicos que reciben Cuidados Paliativos. Este cuestionario, que parte ya con el respaldo del prestigio del EORTC QLQ-C30 que le sirve de base, está llamado a ser un instrumento de referencia en Cuidados Paliativos. Para los que estén interesados, es posible acceder a él a través de la página web de la EORTC, <http://www.eortc.be/home/qol/>, si bien habrá que esperar hasta disponer de una versión validada en castellano para que su uso se pueda difundir en nuestro medio. Mientras tanto, es recomendable que, para conocer realmente las prestaciones del cuestionario, los que se animen a emplearlo, aun sin el respaldo de una traducción validada, nos hagan partícipes de su experiencia y de las posibles limitaciones que puedan percibir.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 26-12-2005  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Algoritmo para el tratamiento del dolor neuropático: Una propuesta basada en la evidencia.

*Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. Algorithm for neuropathic pain treatment: An evidence based proposal. Pain 2005;118(3):289-305.*

En los últimos años han sido comercializados distintos fármacos enfocados al tratamiento del dolor neuropático. Por este motivo, los autores consideran necesario llevar a cabo un metaanálisis donde se incluyen los ensayos clínicos orientados a tratar esta entidad nosológica, realizando una búsqueda en MEDLINE (1966-abril 2005), EMBASE (1974-abril 2005), Cochrane review y Cochrane CENTRAL. Se incluyeron aquellos ensayos clínicos randomizados, a doble ciego y controlados con placebo, con un número mínimo de 10 pacientes. Asimismo, se excluyeron aquellos estudios no publicados en inglés y únicamente se incluyeron estudios de dolor neuropático no relacionado con cáncer.

La metodología para poder comparar los distintos estudios es, como mínimo ingeniosa, pues se utilizan como elementos de medida los NNT (Number Need to Treat) o número de pacientes a tratar para conseguir una reducción mínima del 50% en la intensidad del dolor y los NNH (Number Need to Harm) o número de pacientes que han de ser tratados para que uno de ellos abandone el estudio debido a efectos secundarios.

Se obtuvieron 105 estudios que cumplían los criterios, de los que 26 utilizaban fármacos antidepresivos tricíclicos, 39 utilizaron fármacos anticonvulsivantes, 11 opioides, 7 antagonistas del receptor NMDA, 9 mexiletina, 4 lidocaína tópica, 3 cannabinoides, 11 capsaicina y 1 estudio con antagonistas de la glicina.

Para el grupo de los fármacos antidepresivos (AD), tenemos los siguientes resultados:

AD tricíclicos: NNT 2-3 y NNH 14,7. Para los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: NNT 2,1, mientras que para los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina el NNT es de 7.

Para el grupo de los fármacos anticonvulsivantes: En gabapentina, el NNT es de 5,1 y el NNH es de 26,1. Pregabalina muestra un NNT de 4,2 y un NNH de 11,7. Lamotrigina muestra a su vez un NNT de 2,1. En el caso de Topiramato, el NNT es de 7,4 y el NNH de 6,3.

En cuanto a los fármacos opioides, morfina presenta un NNT de 2,5; Oxidona de 2,6 y Tramadol de 3,9. Los valores combinados de NNH para los fármacos opioides es de 9.

### Comentario

La heterogeneidad de los estudios incluidos en este metaanálisis da lugar, por ejemplo, a que no existan datos concluyentes sobre el NNH de Lamotrigina o que estas

cifras para los opioides sean en conjunto y no de manera individualizada para cada fármaco. Asimismo, los distintos fármacos pueden presentar efectos analgésicos en determinados tipos de dolor neuropático periférico de origen no oncológico, mientras que para otras variedades de estos dolores no presentan este efecto analgésico. El método utilizado por los autores presenta algunas limitaciones como las que se derivan de existir distintos puntos de corte para definir el efecto analgésico en distintos estudios, o bien el hecho que se utilice únicamente el efecto analgésico como única medida válida para cuantificar los efectos positivos de los distintos fármacos analizados. El uso de distintos criterios de inclusión/exclusión hace la comparación entre ellos un poco más difícil.

En este metaanálisis no se incluyeron dos estudios llevados a cabo sobre un amplio número de pacientes; Duloxetina presentó un NNT de 4,1 en el tratamiento de neuropatía diabética dolorosa y Pregabalina presentó un NNT de 3,8 en pacientes afectados de neuropatía diabética dolorosa y neuralgia postherpética.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 27-12-2005  
UCP Hospital jaume d'Urgell

### Desarrollo de una guía de práctica clínica para sedación paliativa mediante la utilización del método Delphi.

*Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. J Palliat Med. 2005;8(4):716-29.*

La guía de práctica clínica sobre sedación paliativa descrita en este artículo fue desarrollada utilizando el método de consenso Delphi. Para ello se formó un grupo de trabajo sobre sedación cuyos miembros fueron seleccionados entre los expertos más prestigiosos de Japón. La composición del grupo de trabajo fue de 5 paliativistas, 4 enfermeras, 2 oncólogos, 2 psiquiatras, 2 anestesiólogos, 2 bioeticistas, un trabajador social y un legislador. El primer paso fue realizar una revisión bibliográfica sistemática. A partir de la misma y de la experiencia clínica personal, 6 miembros del grupo de trabajo redactaron un borrador de la guía. Este borrador fue sometido a un proceso de evaluación y revisión mediante el método Delphi hasta conseguir la versión final.

La presente guía sobre sedación contiene: 1. Definiciones sobre sedación paliativa, su clasificación, su duración, su profundidad y otros aspectos; 2. Bases éticas sobre diferencias entre sedación paliativa y eutanasia, efectos deseables e indeseables de la sedación, conceptos éticos básicos como intención, autonomía y proporcionalidad, y el papel de la familia; 3. Recomendaciones para la práctica clínica con criterios en cuanto a la intención, el consentimiento del paciente y la familia, la proporcionalidad y la seguridad; 4. Diagramas para la utilización clínica en

relación a las indicaciones médicas (definición y evaluación de síntomas insoportables, definición y valoración de síntomas refractarios, valoración de la situación clínica del paciente y de su pronóstico), confirmación de los deseos del paciente y de la familia (definición y valoración de la competencia del paciente, proceso de toma de decisiones en el paciente incompetente para las mismas, información a proporcionar, voluntariedad y continuidad de la decisión, exploración anticipada de los deseos del paciente y de la familia en cuanto a la sedación, actuación cuando los deseos del paciente difieren de los de la familia y cuando los deseos difieren dentro de la propia familia), inicio de la sedación (elección del método de sedación, decisiones respecto a nutrición e hidratación artificiales, decisiones en cuanto a tratamientos de soporte vital, modificaciones en el tratamiento de base antes del inicio de la sedación, consideraciones que atañen al paciente y a su familia, y el inicio de la sedación) y cuidados tras el inicio de la sedación (valoración del paciente sedado, cuidados de enfermería, cuidado de la familia y cuidado de los profesionales médicos).

### Comentario

Como puede verse, más que un resumen del artículo, he realizado una exposición de su contenido. Tenemos ante nosotros un artículo completísimo, exhaustivo y minuciosamente elaborado que, a parte de los aspectos descritos previamente, incluye tablas y diagramas de flujo muy claros y útiles. Estas características lo hacen "irresumible". Mi intención ha sido sobre todo llamar la atención sobre este interesantísimo artículo que sin duda se convertirá en un referente en el campo de la sedación. Ésta es la primera guía sobre sedación realizada mediante un método de consenso formal, a diferencia de otras guías realizadas por autores individualmente o utilizando métodos de consenso informales.

Journal of Palliative Medicine

**Revisor:** José Centeno Mattern, 15-12-2005  
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

### La gabapentina es efectiva en el tratamiento del dolor neuropático oncológico: un estudio prospectivo abierto.

Ross JR, Goller K, Hardy J, Riley J, Broadley K, A'hern R, Williams J. Gabapentin is effective in the treatment of cancer-related neuropathic pain: a prospective, open-label study. *J Palliat Med.* 2005;8(6):1118-26.

El objetivo del presente artículo consiste en evaluar la efectividad de la gabapentina en el tratamiento del dolor neuropático de origen oncológico. En principio, este estudio

compara 2 grupos de pacientes. Un grupo (25 pacientes) incluye dolor neuropático debido al tratamiento oncológico, como la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia, y el otro (37 pacientes) incluye dolor neuropático debido al propio tumor. Sin embargo, se apreció que los principales aspectos estudiados sobre el tratamiento con gabapentina fueron iguales en los 2 grupos, por lo que los principales datos hacen referencia al conjunto de los 62 pacientes. El tratamiento con gabapentina fue iniciado con 300 mg/día y aumentado hasta un máximo de 1800 mg/día, según la respuesta clínica y los efectos adversos. La dosis mediana de gabapentina fue de 1200 mg/día. Se recogieron los datos durante 15 días a partir del inicio del tratamiento. Los principales factores estudiados fueron el dolor y los efectos adversos, aunque también se valoró el impacto de la reducción del dolor en las actividades de la vida diaria. Tras el análisis de los resultados se comprobó una disminución significativa del dolor. La reducción media del dolor fue de 2 puntos en una escala numérica de 0 a 10. En un 45% de los pacientes se observó una reducción de la intensidad del dolor del 33%. A partir del octavo día de tratamiento no se produjo una mayor reducción de la intensidad del dolor o, dicho de otro modo, el inicio del efecto de la gabapentina se produce durante la primera semana. Por lo tanto, si en esta primera semana desde el inicio del tratamiento no se hubiera producido una reducción del dolor, sería necesario buscar un fármaco alternativo. En un 10% de los pacientes fue necesario suspender el tratamiento debido a los efectos adversos. Estos efectos adversos fueron mareo, inestabilidad motora, cefalea, temblor y náuseas. Otro 14% consideró la intensidad de los efectos adversos como leve o moderada, pero no fue necesario suspender el tratamiento.

### Comentario

Existen pocos estudios sobre la efectividad de la gabapentina en el tratamiento del dolor neuropático de origen oncológico. Son mucho más numerosos los estudios sobre la efectividad de este fármaco en el dolor neuropático de origen no oncológico. Entre los primeros destaca el estudio de Caraceni en 1997 comparando gabapentina frente a placebo y constatando la efectividad de la misma. El presente artículo aumenta las evidencias sobre la efectividad de este fármaco. Me ha parecido un dato muy interesante el que describe una ausencia en la reducción de la intensidad del dolor a partir del octavo día de tratamiento con la consiguiente necesidad de cambiar de fármaco si no ha habido respuesta durante este periodo.

Journal of Palliative Medicine

**Revisor:** José Centeno Mattern, 30-12-2005  
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

### Estabilidad de tramadol y haloperidol para infusión subcutánea en domicilio.

Negro S, Martín A, Azuara ML, Sánchez Y, Barcia E. *Stability of tramadol and haloperidol for continuous subcutaneous infusion at home. J Pain Symptom Manage* 2005; 30(2):192-199.

Este trabajo se realizó con el objetivo de estudiar la estabilidad fisicoquímica de la mezcla de tramadol y haloperidol. Para ello, se preparó la mezcla de tramadol y haloperidol en jeringas empleando el volumen de las bombas de infusión para 5 días (60 ml) con suero salino al 0,9%. Se hicieron 9 soluciones con combinaciones diferentes de dosis de ambos fármacos, y se prepararon 6 jeringas para cada solución, tres se guardaron a 4°C y las otras tres a 25°C, todas protegidas de la luz directa. La concentración de tramadol y haloperidol en cada jeringa se examinaba el día de la preparación y a los 5, 7 y 15 días por cromatografía líquida, se valoraba también la pérdida de volumen, precipitación, turbidez, aparición de gas, el color y el pH. Finalmente 8 pacientes que presentaban dolor y náuseas y/o delirium se trataron con dicha mezcla entre 1 y 3 días.

No se detectaron cambios de color ni en la apariencia, el pH no experimentó cambios relevantes a lo largo de los 15 días (el rango de pH al inicio era 4,45-5,55 y al final de 4,46-5,3) y la mezcla permaneció estable en ambas temperaturas. La solución de clorhidrato de tramadol con concentraciones de 8,33-33,33 mg/ml, que corresponde a dosis de 100-400mg/día, combinado con lactato de haloperidol con concentración de 0,208-0,625 mg/ml, que corresponde a dosis de entre 2,5 y 7,5 mg/día, resultó muy estable a ambas temperaturas y durante los 15 días.

El control de síntomas que se obtuvo fue bueno en todos los casos con buena tolerancia de la vía subcutánea salvo en dos casos que apareció induración leve que precisó un cambio del lugar de punción.

En base a los resultados, los autores sugieren que la infusión subcutánea de esta mezcla puede prepararse con antelación y utilizarse con confianza en los 7 días siguientes a la preparación siempre que se proteja de la luz, y si se guarda bajo refrigeración en los 15 días tras la preparación.

### Comentario

Este estudio proporciona evidencia científica sobre la estabilidad de la mezcla de tramadol y haloperidol en infusión subcutánea. Aunque se aplicó sólo a 8 pacientes, en todos ellos se consiguió buena respuesta sintomática sin que aparecieran problemas salvo en dos casos de induración leve que se solucionaron al cambiar el lugar de punción. Quizá lo más interesante sería sobre todo la estabilidad de los fármacos en el tiempo, siempre que se mantengan unas condiciones determinadas de temperatura, protección de la luz, etc.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Ana de Santiago Ruiz, 29-12-2005  
Centro de Cuidados Laguna. Madrid