

## **BIBLIOTECA TELEMÁTICA**

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



**25ª Entrega. Marzo 2006**

# INDICE

Articulo	Pag.
Afrontar o aceptar: ¿qué hacer con el dolor crónico?	1
Estudio piloto comparativo de distribución aleatoria entre 96 y 16 mg de dexametasona en la compresión medular tumoral tratada con radioterapia: TROG 01.05 Superdex Study.	1
Delirium hipoactivo: evaluación de la extensión del problema en el cuidado de pacientes ingresados que reciben cuidados paliativos.	2
Experiencia en el uso de la escala Palliative Care Outcome.	2
Un programa de entrenamiento en técnicas de autocontrol y habilidades de comunicación para mejorar la relación de las enfermeras con los familiares de pacientes en fase terminal: Un estudio randomizado.	3
Investigación sobre las asociaciones de síntomas: cuestiones en relación con el concepto, el diseño, la medida y el análisis.	3
Midazolam añadido a la morfina en la paliación de la disnea severa en enfermos con cáncer avanzado.	4
¿Cómo se debe reunir la evidencia en la investigación en Cuidados Paliativos?	5
Mirando hacia atrás desde la muerte: el valor de los estudios retrospectivos en Cuidados Paliativos.	5
Metodología del Palliative Care Trial (ISRCTN 81117481), un estudio pragmático controlado y de distribución aleatoria factorial 2x2x2 de conglomerados sobre la difusión de ideas mediante visitas formativas y sesiones en torno al paciente en Cuidados Paliativos.	6
Ascitis maligna: revisión sistemática y directrices de tratamiento.	6
Estudio cualitativo sobre la aceptabilidad de la profilaxis de tromboembolismo con heparina de bajo peso molecular en pacientes que reciben Cuidados Paliativos.	7
Ventilación no invasiva en pacientes con cáncer y limitación de las técnicas de soporte vital.	7
Sinergismo entre paracetamol y AINEs en un modelo experimental de dolor agudo.	9
Actitud ante la tromboprolifaxis mediante HBPM en pacientes que están recibiendo cuidados paliativos: estudio cualitativo.	9
¿Dolor no aliviado con morfina? Variación individual en la sensibilidad a morfina y necesidad de rotar a un opioide alternativo en pacientes oncológicos.	10
Factores clínicos, sociodemográficos y de soporte socio-sanitario relacionados con la muerte en el hospital en pacientes oncológicos.	10
Necesidades espirituales en pacientes oncológicos y atención espiritual basada en la logoterapia.	11

Articulo	Pag.
Una comparación de la prevalencia de síntomas en cáncer, SIDA, enfermedad cardiaca, EPOC y enfermedad renal avanzados.	12
Alteraciones del sueño en pacientes en cuidados paliativos atendidos en clínica del dolor y control de síntomas.	12
Necesidades no cubiertas de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	13
Aceptabilidad de heparina de bajo peso molecular en la tromboprofilaxis de pacientes en cuidados paliativos: un estudio cualitativo.	13
¿Qué podemos aprender de la muerte de Terri Schiavo?	14
Una guía para el manejo de heridas en cuidados paliativos.	14

**Afrontar o aceptar: ¿qué hacer con el dolor crónico?**

*McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? Pain 2003; 105: 197-204.*

En los últimos años se ha vendido el "afrontamiento" (coping) como la mejor reacción del paciente ante el dolor crónico. Este afrontamiento admite varias opciones: distracción, hacer por ignorar o "reinterpretar" las sensaciones dolorosas, rezar y aumentar la actividad. En este estudio, realizado en 230 enfermos con dolor crónico atendidos en una Unidad del Dolor de un Centro Universitario, se compara el afrontamiento con una actitud aparentemente más pasiva o más derrotista como es la aceptación. Esta aceptación se define como vivir con dolor pero sin reaccionar contra él, sin rechazo y sin obsesionarse por aliviarlo o evitarlo. Se trata, por tanto, de una actitud interior, no sólo de una simple "decisión" personal. Se emplearon cuestionarios dirigidos a valorar las estrategias y la capacidad de afrontamiento y de aceptación del dolor crónico por parte de estos pacientes. Se apreció que el afrontamiento guardaba poca relación con la aceptación y con el modo de vivir el dolor. La aceptación del dolor crónico se asociaba, sin embargo, con una menor intensidad del dolor percibido, menos limitaciones, mayor sensación de capacidad y de actividad, menos desánimo-depresión y menos ansiedad en relación con el dolor. El estudio de regresión confirmó que la aceptación influía más en estas variables que el afrontamiento.

**Comentario**

La aceptación del dolor puede considerarse como una actitud activa o, más bien pasiva y derrotista ("ya que no hay más remedio... pues a aguantar"). Llama la atención que, según los resultados de este estudio, esta aceptación se asocie a una mayor "calidad de vida" que las diversas técnicas de afrontamiento. ¿Por qué? No es fácil buscar hipótesis. Pudiera ser un error en el diseño del estudio... O más bien que, en el fondo, la aceptación es la técnica más sencilla y accesible, la más humana, de convivir con los problemas. Esta aceptación no es tanto una decisión como actitud primaria o secundaria. Puede ser una actitud primaria en las personas más indolentes que, en general, tienden a aceptar y a no enfrentarse a la desesperada ni a vivenciar los problemas que les superan. Y puede ser una actitud secundaria de una mayoría que, tras intentarlo, no ha conseguido vencer una dificultad y termina aprendiendo a convivir o a coexistir con ella. En todo caso, se llega a lo mismo: llega un momento en que no compensa luchar con lo inevitable, es más sencillo vivir con limitaciones (insalvables) y hacerse a ellas que sufrir eternamente por intentar amoldarlas a cada uno.

Pain

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 11-01-2006

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Estudio piloto comparativo de distribución aleatoria entre 96 y 16 mg de dexametasona en la compresión medular tumoral tratada con radioterapia: TROG 01.05 Superdex Study.**

*Graham PH, Capp A, Delaney G, Goozee G, Hickey B, Turner S, et al. A pilot randomised comparison of dexamethasone 96 mg vs 16 mg per day for malignant spinal-cord compression treated by radiotherapy: TROG 01.05 Superdex Study. Clin Oncol 2006; 18(1):70-6.*

A través de una página web (Superdex) los pacientes con compresión medular tumoral reclutados en ocho Centros se distribuyeron de manera aleatoria entre 96 mg y 16 mg diarios de dexametasona durante tres días para empezar entonces con dosis decrecientes. En todos los casos, el tratamiento local fue radioterapia y consistió en diez fracciones de 3 Gy. Se emplearon cuestionarios para analizar la capacidad para caminar, la independencia y la mejoría funcional al cabo de un mes. Se identificaron 131 pacientes que pudieran ser posibles candidatos. De ellos 93 (71%) se consideraron no elegibles, sobre todo por la duración mayor de 12 horas del tratamiento previo con corticoides, por las dudas en la imagen de la Resonancia Magnética, por la presencia de compresión a varios niveles o porque ya habían sido tratados previamente por compresión medular. De los 38 pacientes elegibles, sólo 20 (53%) fueron incluidos de los que 15 mantenían de inicio la capacidad para caminar. La mediana de supervivencia fue de 69 días, con un 13% de supervivientes a los doce meses. En conjunto, si se excluyen los cuatro (20%) que fallecieron en el primer mes, se aprecia que la capacidad funcional se mantuvo en el conjunto de los pacientes, aunque las proporciones dependen del tipo de cuestionario empleado. El escaso número de enfermos que fueron incluidos en el estudio impide encontrar diferencias relevantes entre los dos brazos del estudio en el impacto en la capacidad funcional, el control del dolor o los efectos secundarios.

**Comentario**

Llama la atención que los objetivos y las conclusiones de los autores se orientan más a cuestiones metodológicas que a lo que es el resultado clínico del estudio: la distribución de pacientes a través de Internet fue un éxito, la proporción tan elevada de pacientes no elegibles impide llevar a cabo este estudio, el modo de evaluar la capacidad para caminar puede influir en los resultados, por lo que es algo que hay que tener en cuenta en futuros ensayos, y los retrasos al remitir los pacientes es algo preocupante. Así que, después de tanto trabajo, la cuestión de cuál es la mejor dosis de dexametasona sigue sin respuesta. De alguna manera, este estudio confirma que hay un ámbito en que se solapan la Oncología y la Medicina Paliativa en donde llevar a cabo ensayos clínicos de calidad es muy complicado. Es realmente difícil dar con esos enfermos sintomáticos que sólo son elegibles en un periodo de tiempo muy concreto y

en los que los criterios de inclusión deben estar avalados por pruebas diagnósticas de alta tecnología y que se prestan a cierta interpretación individual. En el fondo, este estudio nos recuerda algo que es propio de los Cuidados Paliativos, que de ordinario hay que asumir decisiones en cuestiones en que la evidencia científica es escasa y con datos respaldados por un nivel de evidencia realmente bajo.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 11-01-2006  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Delirium hipoactivo: evaluación de la extensión del problema en el cuidado de pacientes ingresados que reciben cuidados paliativos.**

*Spiller JA, Keen JC. Hypoactive delirium: assessing the extent of the problem for inpatient specialist palliative care. Palliat Med 2006; 20: 17-23.*

La mayor parte de los enfermos atendidos en unidades de Cuidados Paliativos que padecen delirium presentan cuadros hipoactivos que no es extraño que se interpreten como secundarios a depresión, astenia... Los autores presentan los datos epidemiológicos de prevalencia de delirium en Cuidados Paliativos en dos situaciones diferentes: al ingreso en una Unidad de agudos y durante la estancia en una Unidad. Se emplearon instrumentos para valorar las funciones superiores (Confusion Assessment Method, Memorial Delirium Assessment Scale y Mini-Mental) junto con otros que evaluaban la astenia, la ansiedad y la depresión. En la primera se apreció que 25 (25%) de los 100 enfermos que ingresaban en una Unidad de Cuidados Paliativos de agudos presentaban delirium hipoactivo y sólo 4 (4%) otro tipo de delirium. Además, los pacientes con un cuadro de delirium hipoactivo más severo presentaban unas puntuaciones más elevadas la subescala de depresión del HADS I. Al cabo de siete días se repitió la evaluación en 73 de estos pacientes; de ellos en 19 (26%) se diagnosticó delirium (hipoactivo en 13, 18%). De los 29 que lo presentaban al ingreso, el delirium sólo había revertido al cabo de una semana en cuatro (14%). En un segundo estudio, llevado a cabo en ocho Unidades de Cuidados Paliativos, se analizó la incidencia-prevalencia de delirium a lo largo de un periodo de seguimiento de 48 horas. De 109 pacientes evaluados, 25 (23%) presentaban delirium hipoactivo y siete (6%) otros tipos de delirium.

### **Comentario**

Llama la atención que en los dos ambientes en que se lleva a cabo el estudio la proporción de delirium hipoactivo es bastante similar (25% vs. 23%;  $p > 0,1$ ). La conclusión sencilla y práctica podría ser que en pacientes sintomáticos que precisan atención hospitalaria específica por parte de una Unidad de Cuidados Paliativos cerca de uno de cada cuatro padece un cuadro de delirium

hipoactivo. Esta proporción es realmente importante, sobre todo porque nos recuerda cuántos enfermos de los que estamos tratando pueden padecer ahora mismo en un delirium hipoactivo que no ha sido diagnosticado o que ha sido etiquetado como otro tipo de problema. Aparte de presentar datos sobre la prevalencia del problema y recordar que es un síndrome infradiagnosticado, el estudio aporta datos también sobre el delirium como factor de mal pronóstico. Así, en el premier estudio, al cabo de una semana habían fallecido nueve (31%) de los que se encontraban en delirium al ingreso, frente a tres (4%) de los que no lo estaban ( $p < 0,001$ ). Por último, recuerda que, aunque se trata de un problema teóricamente reversible, entre los pacientes en que la expectativa de vida es de pocos días son pocos los que consiguen salir del delirium (14% al cabo de una semana).

Palliative Medicine

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 21-01-2006  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Experiencia en el uso de la escala Palliative Care Outcome.**

*Stevens AM, Gwilliam B, A'Hern R, Broadley K, Hardy J. Experience in the use of the Palliative Care Outcome Scale (POS). Support Care Cancer 2005;13:1027-1034.*

**Objetivo:** Valorar la Escala POS como herramienta de auditoría, en un centro oncológico. Conocer si la escala identifica las áreas problemáticas y es capaz de demostrar cambios en la calidad de vida a lo largo del tiempo. Establecer el grado de correlación entre la valoración del paciente y de los profesionales.

**Material y Método:** Se administró la escala a 30 pacientes consecutivos ingresados en la unidad de cuidados paliativos y al personal de dicha unidad al ingreso y dos veces por semana hasta el alta.

**Resultados:** la escala identificó mejoría en los resultados de la escala durante la primera semana. Las áreas que mejoraron más fueron: dolor, otros síntomas, ansiedad y la percepción del paciente en torno a la ansiedad de su familia. En el ingreso, el personal subestimó el dolor de los pacientes y sobrestimó los problemas relativos a la información y la capacidad de los pacientes para expresar sus emociones. No se detectaron diferencias significativas en las valoraciones realizadas por pacientes o profesionales después de la primera semana.

**Discusión:** Los autores señalan que la escala POS se demostró útil como herramienta de evaluación y auditoría dentro de su unidad. Manifiestan que antes de iniciar el trabajo muchos profesionales pensaban que las escalas de evaluación eran importantes aunque no creían que alterasen su práctica clínica. Durante y después del estudio los profesionales introdujeron cambios en su práctica para mejorar las áreas peor puntuadas por los pacientes. El hecho de que se detecte buena correlación entre pacientes y

profesionales después de 7 días de tratamiento facilita la evaluación en los casos de los enfermos más asténicos, con delirio, etc. Llama la atención a los autores el hecho de que 6 de los 10 puntos de la escala no resultaran problemáticos para este grupo de pacientes.

### Comentario

Se trata de un trabajo interesante entre otras cosas porque apoya el uso de una escala que está validada en castellano.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 26-01-2006  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### Un programa de entrenamiento en técnicas de autocontrol y habilidades de comunicación para mejorar la relación de las enfermeras con los familiares de pacientes en fase terminal: Un estudio randomizado.

*García de Lucio L, García López FJ, Marín López MT, Mas Hesse B, Caamaño Vaz MD. Training programme in techniques of self-control and communication skills to improve nurses' relationships with relatives of seriously ill patients: a randomized controlled study. J Adv Nursing. 2000; 32(2):425-431.*

La relación de las enfermeras con los familiares de los pacientes en fase terminal es importante, ya que los familiares necesitan información y apoyo, y la relación del profesional con la familia puede influir mucho en la relación con el paciente.

Los autores evalúan si un Curso de la Clínica Puerta de Hierro sobre habilidades de comunicación y autocontrol puede mejorar la relación de las enfermeras con los familiares de pacientes en fase terminal.

Todas las enfermeras de un hospital fueron invitadas a participar y finalmente 61 aceptaron. Las enfermeras participantes fueron distribuidas aleatoriamente a un grupo experimental o a un grupo control que recibió el curso también, pero 6 meses después. Se desarrolló un programa de 25 horas dividido en sesiones semanales de cinco horas en las que se trabajaba autocontrol emocional, técnicas de relajación muscular y habilidades generales de comunicación: escucha, empatía, informar, interrumpir, manejar las emociones y saber decir no. Las variables se valoraron utilizando la versión española del State-Trait Anxiety Inventory y una escala de observación desarrollada para evaluar las habilidades de comunicación mencionadas anteriormente. En la escala de observación se especifican los componentes que se evalúan en cada habilidad y se puntúan del 1 al 5. La consistencia interna de la escala de observación según el alpha de Cronbach estaba entre 0.73 y 0.88.

Las enfermeras participaban en situaciones simuladas (role-play) que eran grabadas en vídeo y posteriormente eran puntuadas por dos observadores. Éstos no conocían a qué grupo (control/intervención) pertenecían las enfermeras. Los resultados muestran que el programa mejoró significativamente las habilidades de las enfermeras en: escucha, empatía, interrumpir, manejar las emociones. También mejoraron las puntuaciones en informar y saber decir que no, pero los resultados no fueron estadísticamente significativos en estos casos.

### Comentario

Los autores diseñan un programa intenso para mejorar las habilidades de comunicación de enfermeras y muestran, con impecable método randomizado, que resultó eficaz. También presentan una interesante escala que usan para evaluar las habilidades a mejorar en la que señalan los aspectos concretos en cada habilidad en los que se trabajó en el Curso. Los resultados de este estudio son un buen ejemplo de cómo participar en un Curso de Comunicación, completo y bien diseñado, puede resultar útil a los profesionales preocupados por cómo se relacionan con los demás.

María Arantzamendi  
Escuela de Enfermería, Universidad de Navarra

Otras revistas

**Revisor:** Maria Arantzamendi, 02-02-2006

### Investigación sobre las asociaciones de síntomas: cuestiones en relación con el concepto, el diseño, la medida y el análisis.

*Barsevick AM, Whitmer K, Nail LM, Beck SL, Dudley WN. Symptom cluster research: conceptual, design, measurement, and analysis issues. J Pain Symptom Manage 2006; 31: 85-95.*

El paciente oncológico puede presentar síntomas muy diversos debidos tanto al propio tumor como a los tratamientos. Actualmente se plantean estudios que analizan estos problemas y estos síntomas no de manera separada sino en conjunto ya que tanto la experiencia como varios estudios muestran que se suelen presentar asociados, formando conglomerados o "cluster". Para evitar sesgos en este tipo de estudios se debe aunar pacientes con unas características relativamente homogéneas en cuanto al tumor, al tipo de tratamiento y al momento del seguimiento dentro de la historia natural de los tumores. El modo ideal de llevar a cabo estos trabajos supone que los síntomas se deben evaluar en paralelo y con instrumentos de medida similares. En cada paciente es preciso tener en cuenta tanto las dimensiones del síntoma (intensidad, vivencia, impacto...) como los instrumentos de medida o el

momento temporal en que se hace la evaluación. Los métodos específicos de análisis estadístico incluyen el análisis factorial para determinar la estructura que liga un grupo de síntomas, el análisis de conglomerados (cluster) para definir los grupos de pacientes que comparten un mismo perfil y los modelos de conexión para intentar desvelar las diferentes relaciones, directas e indirectas, que hay entre los síntomas. De esta manera es posible conocer mejor las pautas de asociación e interacción y las posibles sinergias entre los diferentes síntomas. A partir de esto, puede ser razonable sugerir diferentes pautas de intervención integral para intentar paliarlos.

## Comentario

La experiencia nos muestra que hay síntomas que tienden a aparecer asociados: dolor, astenia, desánimo... En ocasiones se debe a que todos ellos están causados de manera directa por la progresión del tumor. Otras veces son algunos de estos síntomas, como el dolor, el que de manera indirecta favorece la aparición de los otros, como el desánimo que viene mediado por la incapacidad física y social que provoca un dolor desmesurado. Hasta ahora los estudios sobre los diferentes síntomas y sus posibles tratamientos analizaban cada uno de manera aislada; sin embargo, plantear un análisis conjunto permite aportar luces sobre cada uno de estos problemas y ofrecer también un tratamiento integral. Es cierto que, cuando los síntomas se asocian, el alivio de uno repercute en una cierta mejoría de los demás. Pero, a la inversa, nunca se consigue un control adecuado de un problema si no se llega a paliar todos los demás con los que se asocia. No es que resulte imprescindible a partir de ahora lanzarse a manejar unas metodologías y unas pruebas estadísticas realmente complejas. Pero sí que se puede plantear que debería animarnos a cambiar nuestro planteamiento "unidimensional" del síntoma para buscar una aproximación más abierta que permita un enfoque más integral del paciente y de sus problemas y manifestaciones.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 07-02-2006  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Midazolam añadido a la morfina en la paliación de la disnea severa en enfermos con cáncer avanzado.

*Navigante AH, Cerchiotti LCA, Castro MA, Lutteral MA, Cabalar ME. Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2006; 31: 38-47.*

Este ensayo estudia el efecto de las benzodiazepinas (midazolam) en la disnea de los enfermos oncológicos en situación terminal que reciben morfina. Se distribuyeron de

manera aleatoria 101 pacientes con disnea severa (media: 7 sobre 10) entre tres brazos de tratamiento. Brazo 1: morfina cada 4 horas con rescates de midazolam en las crisis de disnea. Brazo 2: midazolam cada 4 horas con rescates de morfina en las crisis. Brazo 3: morfina y midazolam cada 4 horas con rescates de morfina. Los dos fármacos se emplearon por vía subcutánea. Se empleó un enmascaramiento "simple ciego" ya que el único que desconocía qué tratamiento recibía era el paciente. A los enfermos se les ofreció apoyo psicológico, espiritual y de soporte (fisioterapia, relajación...) pero no recibieron ningún otro tratamiento farmacológico dirigido a aliviar la disnea (oxigenoterapia, corticoides...). Para la evaluación de la respuesta se empleó una escala de cero a diez y una pregunta dicotómica ("alivio de la disnea: sí o no"). Se apreció que la disnea mantenía una buena correlación con la ansiedad pero no con la saturación de oxígeno. A las 24 horas, la mediana de intensidad de la disnea en los tres grupos fue similar (3-4 sobre 10) si bien el porcentaje de pacientes que refirió "alivio de la disnea" fue mayor con el tratamiento combinado (92%) que con cualquiera de los otros dos (69% y 46%) ( $p < 0,05$ ). A las 48 horas, continuaban con disnea el 4% de los de tratamiento combinado frente al 12% y el 26% de los otros dos brazos. La proporción de enfermos con crisis de disnea en los primeros días de tratamiento fue discretamente menor entre los que recibieron tratamiento combinado (23%) que entre los de los otros dos brazos (37%). Se registraron 17 casos de efectos secundarios grado 2-4. El más frecuente fue la somnolencia, que apareció en una proporción mayor en pacientes del brazo 1 (17% vs. 6% y 9%) ( $p < 0,05$ ).

## Comentario

Los datos de este estudio sugieren que la combinación de morfina y midazolam ofrece los mejores resultados. Sin embargo, hay un sesgo en la presentación de los resultados ya que las comparaciones que se ofrecen, por ejemplo, en el resumen son las más favorables ("alivio de la disnea") y no las que muestran menos diferencias entre los grupos (cambio en la intensidad de la disnea). Además, el diseño se podría haber perfilado más si se hubieran combinado los tratamientos de otra manera: rescates con midazolam en los que reciben midazolam, o con morfina entre los que reciben morfina, o con el otro fármaco sólo en aquellos en que el mismo fármaco no hubiese conseguido controlar la disnea basal o las crisis de disnea. Aun así, el estudio es interesante ya que sugiere que, efectivamente, la combinación de midazolam y morfina puede ser más eficaz que cualquiera de ambos fármacos empleado de manera aislada en la paliación de la disnea del paciente oncológico avanzado, y no parece aumentar de manera relevante efectos secundarios como, por ejemplo, la somnolencia.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 07-02-2006  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

## ¿Cómo se debe reunir la evidencia en la investigación en Cuidados Paliativos?

Aoun SM, Kristjanson LJ. Evidence in palliative care research: how should it be gathered? *MJA* 2005; 183: 264-6.

La investigación en Cuidados Paliativos presenta unos objetivos y unas limitaciones muy específicas. Los objetivos son más pragmáticos y más inmediatos que los otros estudios ya que se centran más en la calidad de vida que en la duración de la supervivencia. Y aparecen también peculiaridades metodológicas como las que hacen referencia al estudio de problemas psicoemocionales (que se adaptan mal a los estudios cuantitativos habituales) o la escasez de pacientes en estudios intervencionistas. En la medida en que tanto las necesidades como los medios son especialmente peculiares en la investigación clínica en Cuidados Paliativos, los autores plantean que también podría serlo el sistema de valoración de la calidad de los estudios. Y sugieren que, a semejanza de los estudios en salud pública, los estudios se deberían evaluar de acuerdo a tres dimensiones: la calidad de la evidencia (diseño, metodología y estadística), la magnitud del efecto y la relevancia del resultado. Para evaluar la calidad de la evidencia de un estudio se plantean conocer si está claro el objetivo, si el modo de afrontar el problema y la metodología (cualitativa, cuantitativa...) son los adecuados y se aplican con rigor y si los resultados se ajustan a los objetivos. Tras ello, tanto la magnitud del efecto como la relevancia de los resultados (en qué medida se pueden trasladar al conjunto de los pacientes) se evaluarían mediante una escala categórica. De acuerdo con estas variables, los estudios se clasificarían finalmente en dos niveles: el más básico, que sería el de la opinión de expertos, y el más elevado, es decir, el de la "evidencia cualitativa".

### Comentario

La frase que sirve de subtítulo es importante e impactante: "los ensayos clínicos de distribución aleatoria no suelen ser factibles ni adecuados en Cuidados Paliativos". Que no suelen ser factibles es algo que la experiencia nos recuerda prácticamente a diario. Sin embargo, que no son adecuados puede ser algo que nos sorprenda más. No es que sean algo improcedente sino que en ocasiones las propias trabas metodológicas impiden que los datos de un grupo muy selecto de pacientes se puedan extrapolar al conjunto de los enfermos en situación terminal que tratamos. Por este motivo, lo que sugieren es que en Cuidados Paliativos el sistema clásico de graduación de los niveles de evidencia, que se fundamenta de manera casi exclusiva en la calidad metodológica, se sustituya por un nuevo sistema, específico, que combine valoraciones cuantitativas y cualitativas. No se trata de un nuevo estándar ya que, por ahora, es tan sólo una sugerencia. Pero es una sugerencia que abre nuevas perspectivas y que viene a confirmar algo que se empieza a percibir con más claridad, que en la investigación clínica en Cuidados Paliativos es preciso plantear unos estándares específicos que se adapten a las condiciones, las necesidades, las expectativas y las

limitaciones de los pacientes.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 08-02-2006  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

## Mirando hacia atrás desde la muerte: el valor de los estudios retrospectivos en Cuidados Paliativos.

Earle CC, Ayanian JZ. Looking back from death: the value of retrospective studies of end-of-life care. *J Clin Oncol* 2006; 24: 838-40.

Los autores redactan un editorial, en una publicación de referencia en Oncología, sobre los estudios retrospectivos en enfermos en situación terminal. Les sirve como fundamento un trabajo original que aparece en el mismo número de la revista (Gagnon B, et al. Identification in administrative databases of women dying of breast cancer. *JCO* 2006; 24:856-62). Plantean que, efectivamente, en el lenguaje común de la metodología de la investigación médica cualquier "estudio retrospectivo" arrastra el sambenito de "estudio sesgado". Sin embargo, no es tan fácil realizar estudios prospectivos en Cuidados Paliativos en los que haya un buen equilibrio en la sensibilidad y la especificidad de la selección de pacientes. Más de una vez los enfermos que se incluyen en estudios prospectivos porque aparentemente se encuentran "en situación terminal" superan ampliamente los pronósticos que se aventuran de inicio. Y, a la vez, tampoco es raro que haya pacientes que se excluyen porque no reúnen criterios pero que fallecen al cabo de poco tiempo sin haber pasado por todas las etapas que cabe prever en la fase terminal. En ambos casos los estudios prospectivos arrastran un sesgo de selección que, paradójicamente, se puede obviar con un buen diseño retrospectivo ya que el mejor modo de confirmar la situación terminal de un paciente es... su fallecimiento. Y cualquier estudio que se lleve a cabo tras este fallecimiento es, por definición, retrospectivo.

### Comentario

Este editorial reitera la importancia de los estudios retrospectivos en Cuidados Paliativos. Los propios autores recuerdan que este diseño es compatible y complementario con el de los estudios prospectivos, pero cada uno responde sus propias preguntas y a su manera. Aun así, lo importante es que en pleno año 2006, cuando se buscan los más altos niveles de evidencia y cuando la pureza metodológica es el patrón con que se miden los trabajos científicos y las publicaciones, se recuerda que el ámbito de los Cuidados Paliativos es "complejo y difícil de estudiar". Los métodos de investigación clínica habituales no se adaptan bien al enfermo en situación terminal. Por ello, los criterios de validez, de representatividad y de calidad en general de la investigación clínica en estos pacientes deberían

adaptarse a unos estándares específicos. Se abre así la puerta a la idea de empezar a diseñar una metodología de la investigación clínica específica, adaptada también a los problemas y a la situación del enfermo del enfermo terminal que admita ciertos diseños "alternativos".

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 17-02-2006  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Metodología del Palliative Care Trial (ISRCTN 81117481), un estudio pragmático controlado y de distribución aleatoria factorial 2x2x2 de conglomerados sobre la difusión de ideas mediante visitas formativas y sesiones en torno al paciente en Cuidados Paliativos.**

*Abernethy AP, Currow DC, Hunt R, Williams H, Roder-Allen G, Rowett D, et al. A pragmatic 2x2x2 factorial cluster randomized controlled trial of educational outreach visiting and case conferencing in palliative care-methodology of the Palliative Care Trial (ISRCTN 81117481). Contemp Clin Trials 2006; 27: 83-100.*

Este estudio (el Palliative Care Trial) es un ensayo pragmático controlado y de distribución aleatoria factorial 2x2x2 de conglomerados que evalúa el impacto que tiene, en variables clínicas como el estado general o el dolor, la difusión de ideas mediante visitas y sesiones sobre el paciente en Cuidados Paliativos. Tras un estudio piloto de tanteo con diez pacientes y diez médicos de cabecera se decidió comenzar el ensayo. De 1545 pacientes que reunían criterios para entrar en el estudio, 931 (60%) no quisieron hablar con la enfermera encargada de reclutar pacientes. De los 614 que se entrevistaron, se consideraron elegibles 607, y de ellos 500 (82%) dieron su consentimiento, junto con 461 (92%) médicos de cabecera. En total 49 enfermos (11%) salieron del ensayo antes de fallecer. Si se suman las muertes precoces y los abandonos, las pérdidas de pacientes a las ocho semanas fueron del 54%. La distribución aleatoria, por el sistema de conglomerados, se centró en los médicos de cabecera, de manera que todos los pacientes incluidos que estaban asignados a ese médico recibían las mismas medidas. El ensayo siguió una distribución aleatoria factorial que creaba ocho subgrupos para poder realizar tres evaluaciones: el impacto de la formación personalizada al médico de cabecera (en dos entrevistas de cerca de media hora en un mes) y de la formación al paciente y a los cuidadores (dos entrevistas de cerca de 30-40 minutos) sobre el control del dolor y, por último, el impacto de un sistema de sesiones referidas al paciente en concreto (y que incluyen al paciente, los cuidadores, el médico y la enfermera) en la capacidad funcional del paciente. También se evaluó la utilización de recursos. Los autores no aportan los resultados, sencillamente describen la metodología del trabajo y

comprueban que en su medio ha sido factible sacar adelante este tipo de ensayo.

### **Comentario**

Este ensayo se considera pragmático, es decir, con unos criterios de inclusión y de seguimiento sencillos, lo que permite incluir un buen número de pacientes aunque con pocos sistemas de control. El diseño factorial permite analizar varias cuestiones dentro de una misma población. Así con una misma población se podría, en teoría, responder varias cuestiones. El inconveniente es que los subgrupos homogéneos que se crean son relativamente pequeños y se corre el riesgo de que haya interacciones que modifiquen los resultados. Con el sistema de conglomerados es posible analizar bloques de varios individuos de manera que se respeten los vínculos que ya existían antes de diseñar el estudio. En todo caso, el resumen es que en el ámbito de los Cuidados Paliativos es posible llevar a cabo ensayos pragmáticos como el que nos presentan los autores. Otra cosa es que, una vez que se evalúen, los resultados alcancen la solidez deseada.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 01-03-2006  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### **Ascitis maligna: revisión sistemática y directrices de tratamiento.**

*Becker G, Galandi D, Blum HE. Malignant ascites: Systematic review and guideline for treatment. Eur J Cancer. 2006;42(5):589-97.*

Los autores hacen una revisión sistemática de las publicaciones sobre el tratamiento de la ascitis maligna con paracentesis, derivación peritoneo-venosa y diuréticos. Analizan 32 estudios: uno comparativo abierto pero sin distribución aleatoria, cinco prospectivos y 26 de descripción de casos o de series de pacientes (que en algunos casos recibían de manera simultánea tratamiento con quimioterapia). Encuentran que la paracentesis obtiene un alivio sintomático adecuado pero transitorio en cerca del 90% de los pacientes. Este beneficio clínico suele comenzar a apreciarse cuando se ha evacuado al menos un litro de líquido ascítico. No hay una evidencia suficiente que permita conocer cuál es el ritmo de evacuación más adecuado o si es o no conveniente hidratar al paciente de manera simultánea. Las derivaciones peritoneo-venosas pueden controlar la ascitis maligna pero se asocian a un riesgo importante de complicaciones. En las series publicadas, la mayor parte de los casos de ascitis por tumores de mama u ovario se beneficiaron, en contraste con sólo un 10%-15% de las debidas a tumores digestivos. En general, estas derivaciones se plantean cuando las demás opciones no son factibles, cuando no hay contraindicaciones (como puede ser la presencia de ascitis tabicada) y cuando no

cabe esperar un fallecimiento inmediato (se suele plantear que la expectativa de supervivencia sea de, al menos, 1-3 meses). En relación con la administración de diuréticos, los datos se prestan a controversia. De hecho, se da la paradoja de que hay una proporción de médicos que los emplean aunque piensan que no son un tratamiento eficaz. Los datos sugieren que el beneficio de estos fármacos se limita a los casos en que hay un desequilibrio en el sistema renina-angiotensina-aldosterona y/o una concentración baja de albúmina en el líquido ascítico.

### Comentario

Esta revisión sistemática aporta pocos datos que no fueran conocidos previamente. Y nos confirma algo que puede resultar sorprendente. Es cierto que la práctica habitual de paracentesis paliativas a demanda y la administración de diuréticos de manera empírica nos permite afrontar el tratamiento de buena parte de las ascitis en los enfermos oncológicos. Pero resulta llamativo que siendo una técnica sencilla, factible y frecuente son muy pocos los estudios de calidad que nos han ayudado a resolver las dudas que todavía se plantean: el concepto de "ascitis maligna" (toda la que aparece en el enfermo oncológico o sólo las que se producen por diseminación del cáncer en la cavidad peritoneal), el ritmo de evacuación y la necesidad de hidratar en las paracentesis, las indicaciones de los diuréticos y de las derivaciones peritoneo-venosas, el posible papel (si es que lo tienen) de los tratamientos intraperitoneales con quimioterapia y/o corticoides, y las características y los factores pronósticos que pueden orientar hacia una u otra actitud.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 10-03-2006  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Estudio cualitativo sobre la aceptabilidad de la profilaxis de tromboembolismo con heparina de bajo peso molecular en pacientes que reciben Cuidados Paliativos.

*Noble SIR, Nelson A, Turner C, Finlay IG. Acceptability of low molecular weight heparin thromboprophylaxis for inpatients receiving palliative care: qualitative study. BMJ 2006;332:577-580.*

Para conocer qué es lo que piensan los pacientes sobre la prevención de las trombosis y sobre el impacto de esta prevención en su calidad de vida los autores llevan a cabo un estudio cualitativo. Para ello realizan y graban entrevistas semiestructuradas a pacientes con cáncer avanzado, todos ellos conscientes de que padecen una enfermedad incurable, en tratamiento con heparinas de bajo peso molecular durante al menos cinco días. Se incluyeron 14 pacientes que presentaron un deterioro brusco debido a una compresión medular y 14 con una

evolución más progresiva. En ambos subgrupos se apreció una saturación de los temas al llegar al paciente número 14 por lo que tras él no se incluyeron más. En la entrevista se intentó abarcar los siguientes temas: los tratamientos oncológicos que había recibido el paciente, la percepción del pronóstico, lo que se entendía por tratamiento con heparinas debajo peso como prevención del tromboembolismo, el modo en que esta prevención afectaba a su calidad de vida y los aspectos negativos de verse en tratamiento con heparina. De las conversaciones se extrae que los pacientes identificaban en cierta medida los conceptos de "incurable" y "terminal". En general, tenían conciencia del riesgo de tromboembolismo y de la conveniencia de la prevención con heparina, aunque no conocían los signos y síntomas con que se suelen manifestar los procesos tromboembólicos. De hecho, el conocimiento previo sobre este tipo de problemas provenía de la divulgación en los medios de comunicación referida, por ejemplo, al "síndrome de la clase turista" en ciertos vuelos. Las heparinas de bajo peso molecular se consideran como algo aceptable porque forman parte de los tratamientos habituales, porque son un tratamiento que les afecta poco o porque los beneficios superan la incomodidad que puedan producir. Existe, sin embargo, un rechazo a la incomodidad que supone el empleo de medias compresivas para prevenir trombosis.

### Comentario

Este trabajo, realizado en Inglaterra, nos muestra cómo ven un grupo de pacientes oncológicos avanzados el empleo de heparinas de bajo peso molecular. Es además, un ejemplo claro y sencillo de lo que es un estudio cualitativo que se centra en encontrar las ideas (compartidas) que laten en los pacientes y que influyen en su actitud. La población está seleccionada y no se puede extrapolar a nuestro medio ya que tienen conciencia de padecer un cáncer avanzado incurable. Y, además, las indicaciones de la prevención de tromboembolismo con heparina de bajo peso molecular no tienen por qué coincidir con las que se pueden tener en otros Centros. Aun así, las ideas que aporta sobre los pacientes son interesantes: cómo entienden lo que es la enfermedad tromboembólica, cómo buscan una cierta seguridad incluso en una situación terminal o cómo distinguen los tratamientos en función de las molestias que producen, es decir, según cómo afecten a su "calidad de vida".

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 10-03-2006  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

### Ventilación no invasiva en pacientes con cáncer y limitación de las técnicas de soporte vital.

*Meert AP, Berghmans T, Hardy M, Markiewicz E, Sculier JP. Noninvasive ventilation for cancer patients with life-support techniques limitation. Support Care Cancer 2006; 14: 167-171.*

**INTRODUCCIÓN:** La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es un procedimiento que ha demostrado su eficacia en el manejo de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) especialmente en EPOC reagudizada y en edema agudo de pulmón. También se ha descrito su beneficio en pacientes que rechazan intubación traqueal y en enfermos oncológicos con IRA.

Con el objetivo de valorar la utilidad de la VMNI en pacientes con cáncer en los que se había tomado la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico (LET), el equipo de Meert estudia la evolución de 18 pacientes que ingresaron en UCI por IRA tanto hipoxémica como hipoxémica/hipercápnica. Un segundo objetivo del estudio es determinar variables que seleccionen aquellos enfermos a los que la VMNI les será útil en términos de conseguir supervivencia al alta hospitalaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Población: 18 pacientes con cáncer que ingresaron consecutivamente en UCI por IRA refractaria a terapia estándar (oxigenoterapia y fármacos) y en los que se había decidido por el equipo asistencial (oncólogos e intensivistas) limitar y no instaurar técnicas de soporte vital invasivo (no intubación traqueal, no diálisis ni maniobras de RCP).

Se indica a todos estos pacientes VMNI mediante mascarilla facial con modo BiPAP del respirador Vision de Respirationics ©. Recogen prospectivamente variables demográficas y clínicas incluyendo información sobre comorbilidad, tipo y evolución de la neoplasia, tratamientos previos, causa que motiva la indicación de VMNI e ingreso en UCI, nivel de gravedad SAPS II, gasometría pre VMNI. En el análisis estadístico utilizan test de Fisher, Mann-Whitney y curvas de supervivencia de Kaplan-Meier eligiendo como variable dependiente la supervivencia al alta hospitalaria.

**RESULTADOS:** Durante los 4.5 años que dura el estudio en esta UCI belga dedicada específicamente a enfermos oncológicos, han utilizado VMNI en 87 pacientes. En 18 de estos pacientes (20.6%) se había establecido LET y decisión de no intubación traqueal. Constituyen la población de este estudio con una edad media de 68 años (rango 29-81). El tipo de tumor era cáncer de pulmón (12 pacientes), cabeza/cuello (2), vejiga (2), próstata (1), leucemia mieloblástica (1). El tiempo medio de evolución de la neoplasia hasta su inclusión en el estudio fue de 13.5 meses y el tiempo desde que se instauró el último tratamiento antineoplásico de 12.5 días (rango 0-122). En cuanto a comorbilidades destacan EPOC (4 casos), ICC (2), terapia esteroidea (2) y neutropenia (<1000/mm<sup>3</sup>) en 3 pacientes. Nivel de gravedad medio medido mediante SAPS II de 41.5. La causa que motivó IRA fue neumonía (12 casos), EAP (3), TEP (2) y derrame pleural (1). 11 pacientes tenían IRA hipoxémica y 7 pacientes hipercápnica. Mediante VMNI practicada durante una duración mediana de 29 horas se consiguió supervivencia al alta hospitalaria en 10 pacientes (9 con cáncer de pulmón y uno de cabeza/cuello). 14 pacientes salieron vivos de la UCI con un tiempo de estancia medio de 7 días (1-21). La mediana de supervivencia tras la aplicación de VMNI fue de 50 días (rango 0-432). Al año sólo el 10% de pacientes estaban vivos.

## Comentario

Meert y colaboradores vuelven a demostrar (ver cita 1) que la VMNI supone un arma poderosa para revertir una situación de IRA severa que no responde a terapia convencional. Esta vez lo hacen en una población de pacientes neoplásicos en los que se había decidido LET y que, sin la VMNI, hubieran fallecido probablemente todos.

Mediante esta técnica no invasiva, que permite la ingesta oral, alivia la disnea y preserva la comunicación y la autonomía del paciente, el grupo de Meert consigue con un tiempo de utilización de horas (mediana 29 horas) que más de la mitad de los pacientes superen el ingreso hospitalario y tengan opción de nuevas tandas terapéuticas o de ganar tiempo para optimizar los cuidados al final de la vida.

Creo que en estos magníficos resultados influye la experiencia del equipo en esta técnica y el uso del respirador Vision, específico para realizar VMNI, que monitoriza y compensa fugas, tiene un trigger muy sensible para detectar el esfuerzo inspiratorio del paciente y administra de forma fina la presión de soporte en la inspiración, la PEEP y la FiO<sub>2</sub>.

Dada la escasa muestra, los autores no llegan a conseguir el segundo objetivo del trabajo: seleccionar con las variables estudiadas a aquellos pacientes que tendrán beneficio con la VMNI.

Como puntos débiles del estudio me gustaría reseñar:

- No se describen criterios de exclusión y la VMNI tiene contraindicaciones como paro respiratorio, shock y/o arritmias severas, riesgo alto de broncoaspiración (Glasgow < 10) e incapacidad de eliminar secreciones en paciente con broncorrea severa. CITA 2.

- En el trabajo no se describe cómo se toma la decisión de limitar el uso de terapias de soporte vital y si se consulta a la familia. La decisión de LET debe ser claramente conocida y compartida por el equipo ya que siempre será difícil evitar escalones terapéuticos más agresivos (intubación) ante la falta de respuesta a la VMNI. En el ámbito de Cuidados Intensivos, donde la patología suele ser grave pero (a priori) reversible, no es fácil limitar estas técnicas.

En conclusión, que la VMNI empleada por este equipo ha conseguido prolongar la vida y dar de alta hospitalaria a más de la mitad de los pacientes que ingresaron en UCI con IRA refractaria y en los que se había decidido limitar técnicas de soporte vital.

Vuelven a quedar líneas de investigación tendentes a responder preguntas como:

- ¿La forma de aplicar la técnica (tipo de respirador, experiencia del equipo, tipo de mascarilla...) influye decisivamente en su eficacia? ¿Podremos identificar los pacientes oncológicos en los que la VMNI será eficaz? ¿Puede aplicarse esta técnica fuera de UCI con la misma seguridad y eficacia?

Artículos relacionados:

1. Meert AP, Close L, Hardy M, Berghmans T, Markiewicz E, Sculier JP. Noninvasive ventilation: application to the cancer patient admitted in the intensive care unit. Support Care Cancer 2003; 11: 56-59.

2. American Thoracic Society International Consensus Conference in Intensive Care Medicine: noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 283-291.

Miguel León Valles

Unidad de Cuidados Intensivos

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 14-03-2006  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova**Sinergismo entre paracetamol y AINEs en un modelo experimental de dolor agudo.***Miranda HF, Puig MM, Prieto JC, Pinardi G. Synergism between paracetamol and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in experimental acute pain. Pain. 2006;121(1-2):22-28.*

El objetivo del presente estudio es la valoración del efecto analgésico sumatorio entre la administración sistémica de paracetamol y distintos AINEs (diclofenaco, ibuprofeno, ketoprofeno, meloxicam, metamizol, naproxeno, nimesulida, parecoxib y piroxicam), en un modelo animal de dolor visceral.

El parámetro de valoración utilizado es la ED50, que es la dosis efectiva que produce una disminución del 50% en el efecto antinociceptivo. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante isobogramas.

La administración intraperitoneal de paracetamol conjuntamente con los distintos AINEs antes mencionados mostró un efecto antinociceptivo dosis-dependiente. Asimismo, el análisis por isobogramas de la combinación de cada uno de los AINEs con paracetamol, administrados por vía intraperitoneal, resultó en interacciones sinérgicas de distinta magnitud. Este efecto sinérgico también fue observado cuando las combinaciones de los distintos analgésicos se administraron por vía oral. De acuerdo con los resultados obtenidos por los autores en este estudio, la asociación que se mostró más eficaz fue nimesulida / paracetamol, seguida de naproxeno / paracetamol, diclofenaco / paracetamol, metamizol / paracetamol e ibuprofeno / paracetamol, por este orden.

**Comentario**

Los resultados de este estudio concuerdan con otros estudios en los que la combinación de paracetamol con ketoprofeno o diclofenaco se asociaron con puntuaciones menores en escalas de valoración del dolor que paracetamol solo. Asimismo, los resultados de este estudio sugerirían que la administración de paracetamol activaría una o más vías relacionadas con los opioides endógenos. Sin embargo, los mecanismos responsables de este sinergismo en la actividad analgésica de paracetamol / AINEs no quedan claros.

En conclusión, los datos del presente estudio demuestran que la combinación de paracetamol con distintos AINEs produce un efecto analgésico sinérgico.

Pain

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 26-03-2006  
UCP Hospital jaume d'Urgell**Actitud ante la tromboprofilaxis mediante HBPM en pacientes que están recibiendo cuidados paliativos: estudio cualitativo.***Noble SIR, Nelson A, Turner C, Finlay IG. Acceptability of low molecular weight heparin thromboprophylaxis for inpatients receiving palliative care: qualitative study. BMJ, doi:10.1136/bmj.38733.616065.802*

Con el objetivo de conocer la opinión sobre el uso de heparina de bajo peso molecular (HBPM) como tratamiento profiláctico de la enfermedad tromboembólica, los autores realizan el presente estudio en 28 pacientes. Dividen a éstos en 2 grupos homogéneos; en el primero, se incluyen pacientes con compresión medular, con un ECOG entre 0-2 y de los que 8/14 pacientes nunca habían recibido HBPM. En el segundo grupo se incluyen pacientes que fueron admitidos en la unidad de cuidados paliativos para control de síntomas. El ECOG oscilaba entre 1-3 y 9/14 pacientes nunca habían recibido HBPM. Se realiza un estudio cualitativo mediante la realización de entrevistas semiestructuradas.

Como resultado más relevante cabe destacar que la totalidad de los pacientes incluidos en este estudio valoraron el tratamiento con HBPM como una intervención aceptable, a la vez que reconocieron una notable mejoría en su calidad de vida y una sensación de seguridad. El hecho de utilizar medias de compresión como medida preventiva ante eventos tromboembólicos fue considerado como nada confortable y con un impacto negativo sobre la calidad de vida. Finalmente, los pacientes mostraron su preocupación dado que, por el hecho de ser considerados como paliativos, no se les consideraba como tributarios de recibir tratamiento preventivo con HBPM.

**Comentario**

La no utilización del tratamiento profiláctico con HBPM parece ser motivado por el principio ético de no maleficencia y los argumentos serían, precisamente, que podría verse afectada la calidad de vida de los pacientes y que podría verse como un inicio de encarnizamiento terapéutico por la creencia de que el uso profiláctico de HBPM no aporta nada a estos pacientes. El American College of Chest Physicians recomienda el uso de HBPM en todos aquellos pacientes con cáncer que sean internados en un centro sanitario (nivel de evidencia 1A). No hay que olvidar que hasta el 52% de pacientes que reciben cuidados paliativos y que 1 de cada 7 defunciones en este tipo de pacientes, son debidas a fenómenos tromboembólicos. Por estos motivos, deberían existir unas mínimas guías sobre qué pacientes se beneficiarían del uso profiláctico de HBPM, a la vez que la decisión sobre aplicar este tratamiento o no, debe ser consensuado al máximo con el paciente.

Otras revistas

**Revisor:** Jaume Canal Sotelo, 26-03-2006  
UCP Hospital jaume d'Urgell

### ¿Dolor no aliviado con morfina? Variación individual en la sensibilidad a morfina y necesidad de rotar a un opioide alternativo en pacientes oncológicos.

*Riley J, Ross JR, Rutter D, Wells AU, Goller K, du Bois R, Welsh K. No pain relief from morphine? Individual variation in sensitivity to morphine and the need to switch to an alternative opioid in cancer patients. Support Care Cancer. 2006; 14(1):56-64.*

Introducción: Los objetivos fueron: 1) evaluar los beneficios de sustituir el tratamiento con morfina por tratamientos alternativos (oxicodona); 2) evaluar la consistencia de la decisión clínica del cambio de tratamiento comparando los datos de dos hospitales y 3) tratar de dilucidar si existen factores que ayuden a identificar a los no respondedores a la morfina y que se beneficiarían del cambio a la terapia alternativa.

Material y Métodos: Diseño prospectivo, observacional en el que se reclutaron 186 pacientes paliativos de 2 centros distintos, y se distribuyeron según fueran respondedores (tratados con morfina durante más de 4 semanas, con buena analgesia y efectos secundarios mínimos) y no respondedores (mal control sintomático a pesar de incrementos de dosis de morfina realizados de forma gradual, o efectos secundarios inaceptables). La alternativa de primera elección fue la oxicodona, y de segunda fentanilo o metadona. Se recogieron los motivos que provocaron la rotación y la efectividad del cambio. El análisis estadístico utilizó la t de Student para la comparación de variables de distribución normal, Wilcoxon para comparar grupos en variables que no siguen dicha distribución, y Chi cuadrado para la comparación de proporciones. Se construyó un modelo predictivo para la necesidad de rotación con variables que alcanzaron la significación estadística ( $p < 0,1$ ) junto con sexo, edad, raza.

Resultados: De los 186 pacientes, 138 resultaron ser respondedores y 48 no respondedores. De éstos 48, un 87% se benefició de la rotación: (en el 79% una rotación a oxicodona, 2 pacientes necesitaron dos cambios y 2 pacientes necesitaron tres cambios). No dispusieron de datos de un paciente. Las razones más comunes para la rotación fueron la persistencia del dolor, la confusión, la astenia, las pesadillas y las náuseas. Una vez los pacientes fueron clasificados como no respondedores, se cuantificó el dolor y la toxicidad (utilizando el Brief Pain Inventori BPI y tests de toxicidad). Los pacientes que requirieron rotación resultaron presentar un dolor más intenso, menos alivio con el tratamiento con morfina (media de dolor de 5 puntos, frente a los respondedores con media de 2 - $p < 0,0001$ -; , y alivio del 60% en los que precisaron rotación, frente al 80% de los respondedores - $p < 0,0001$ -). Y

mayor intensidad en los efectos adversos. Por lo que a centros se refiere, ambos presentaron resultados reproducibles y satisfactorios, y las razones para el cambio fueron las mismas, a pesar de la diferencia de edad y de la diferencia en la localización de los tumores entre ambos centros. Los pacientes en rotación respondían mejor a los preparados de morfina de liberación rápida ( $p < 0,0001$ ). Las variables seleccionadas para el modelo multivariable fueron: recuento de células blancas, peso corporal, uso concomitante de antieméticos 5HT3, uso de B-bloqueantes, uso de inhibidores de la bomba de protones, tumores del tracto gastrointestinal bajo y quimioterapia reciente (en los últimos 14 días). Finalmente, hubo un 3% de los pacientes que no respondió a ninguna opción terapéutica planteada en el estudio; 4 de 5 pacientes se encontraban a un mes de la muerte y necesitaron anestesia epidural o bloqueos nerviosos regionales. Discusión: En este apartado los autores apuntan algunas razones que pueden justificar de la eficacia de la rotación.

### Comentario

Comentario: Se trata de un trabajo interesante ya que profundiza en el tema de la rotación opioide pero adolece de limitaciones importantes: las muestras que se comparan no son similares en tamaño. Por otro lado el modelo predictivo para la necesidad de rotación se encuentra en una fase aún muy primaria y serán necesarios varios estudios posteriores para mejorarlo y sea de utilidad en la práctica clínica. Aparentemente parece que se incluyen muchas variables que siendo significativas pueden ser variables de confusión, sobre todo si tenemos en cuenta el tamaño de la muestra.

Marc Villanueva Navarro  
Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria

### Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 27-03-2006  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### Factores clínicos, sociodemográficos y de soporte socio-sanitario relacionados con la muerte en el hospital en pacientes oncológicos.

*Cardenas-Turanzas M, Grimes RM, Bruera E, Quill B, Tortolero-Luna G. Clinical, sociodemographic, and local system factors associated with a hospital death among cancer patients. Support Care Cancer. 2006;14:71-77.*

Los objetivos de este estudio iban enfocados en dos líneas: en primer lugar, identificar los factores clínicos y sociodemográficos, así como aquellos relacionados con los recursos del sistema sanitario, que influyen en el lugar de fallecimiento de los pacientes oncológicos. Y en segundo lugar, determinar si dichos factores debieran ser valorados

por parte de las compañías aseguradoras para así ofertar en sus pólizas o destinar parte de su financiación a servicios destinados a la atención en la etapa final de la vida. Para llevar a cabo el estudio se seleccionaron pacientes diagnosticados de cáncer desde 1990 al 2000, mayores de 18 años, residentes en Texas y que hubieran sido diagnosticados y tratados exclusivamente en la clínica M D Anderson Cancer Center. El estudio se realizó de forma retrospectiva basándose en pacientes que cumplieran los criterios de inclusión procedentes del registro informático que posee dicha clínica. La muestra final resultó ser de 866 pacientes de los que se obtuvo las siguientes variables:

- Lugar de fallecimiento: centro hospitalario o extrahospitalario (domicilio o centro socio-sanitario)
- Factores clínicos: tipo de cáncer, estadio en el momento del diagnóstico y presencia de comorbilidad (hipertensión y/o diabetes)
- Factores sociodemográficos: raza, nivel económico, edad, sexo, estado civil y tipo de póliza sanitaria.
- Recursos socio-sanitarios disponibles a nivel local.

Tras el análisis univariante, bivariante y multifactorial, el estudio llegó a la conclusión de que los pacientes diagnosticados de neoplasias hematológicas (leucemias y linfomas) tenían más riesgo de fallecer en un centro hospitalario ( $p < 0.001$ ) mientras que las pacientes con neoplasias de mama o cérvix tenían más probabilidad de morir en un ámbito extra-hospitalario. Lo cual se intentaba explicar por el tipo de abordaje terapéutico que implican las neoplasias hematológicas frente a otras que por su curso evolutivo más prolongado propician más tiempo para organizar una muerte en un ambiente no hospitalario. También se vio que los pacientes con un nivel económico más bajo morían más en hospitales, probablemente debido a un menor soporte familiar o a un menor acceso a los recursos socio-sanitarios que aquellos con un mayor poder adquisitivo. Así mismo, se observó que los pacientes que morían en el hospital tenían un tiempo de supervivencia menor y eran pacientes más frecuentemente procedentes de un ámbito rural. Finalmente, el estudio acaba reflexionando sobre cómo la investigación de los factores que influyen en el lugar de la muerte pueden ser útiles para reforzar los servicios de cuidados paliativos en los hospitales. Igualmente dicha información puede ser de interés tanto para las pólizas sanitarias como para los propios usuarios que las contratan en cuanto a destinar una mayor financiación y contratar o ampliar los servicios de asistencia del paciente oncológico terminal en previsión del lugar de la muerte.

## Comentario

Por una parte, este artículo refleja la visión economista y privatizada del modelo de sistema sanitario de Estados Unidos haciendo patente así las diferencias existentes entre los distintos modelos sanitarios, entre ellos el español. Por otra parte, el hecho de que la muestra fuera extraída de un único centro hospitalario, y que dos tercios de los registros iniciales debieran ser excluidos por falta de información hace que los las conclusiones sean poco generalizables al resto de la población que muere por cáncer. De igual manera, la heterogeneidad racial de la muestra (74% blancos, 12% hispanos, 11% negros y 3% de otros orígenes) hace más patente si cabe las diferencias en la accesibilidad al sistema

sanitario basado en el tipo de póliza y en definitiva, en el poder adquisitivo de cada individuo, por lo que ahonda en la dificultad para la generalización de los resultados, por ser más probable la introducción de un sesgo de selección de la muestra.

A pesar de todo, aceptando las limitaciones anteriormente mencionadas, la información que aporta este estudio, si no de una forma taxativa, nos puede aportar una idea orientativa de los grupos de mayor riesgo de fallecer en el hospital para así poder reforzar los servicios destinados a los cuidados paliativos a dichos grupos.

Meritxell Calderó Solé  
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

## Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 28-03-2006  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

## Necesidades espirituales en pacientes oncológicos y atención espiritual basada en la logoterapia.

*Noguchi W, Morita S, Ohno T, Aihara O, Tsujii H, Shimosuma K, Matsushima E.*  
*Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logotherapy. Support Care Cancer. 2006; 14: 65-70.*

Los objetivos del estudio eran definir las necesidades espirituales de los pacientes oncológicos paliativos e identificar las escalas de evaluación disponibles para un buen abordaje de dichos pacientes. La muestra se obtuvo de 298 pacientes con cáncer procedentes del Research Center Hospital en Japón (tanto hospitalizados como en seguimiento ambulatorio). Los cuestionarios o escalas utilizados fueron: FACIT-Sp (Funcional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual), PIL (Purpose in Life Test), WHO-SUBI (WHO- Subjective Inventory) y HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Para el análisis estadístico se utilizaron estudios de correlación (Pearson). La conclusión a la que llegaron fue que la psicoterapia centrada en el "sentido de la vida" (logoterapia de Frankl) resulta de gran utilidad en el apoyo espiritual de los pacientes paliativos. También, las escalas evaluadas pueden ser consideradas herramientas útiles y eficaces para la valoración y evaluación del cuidado espiritual aplicable a pacientes paliativos. Dichas escalas enfocan su valoración tanto en aspectos considerados positivos (esperanza por lo venidero, disposición o actitud por el futuro, propósitos y sentido de la vida) como sentimientos negativos (ansiedad, incertidumbre, pensamientos negativos).

## Comentario

La atención al paciente oncológico paliativo es compleja. Dicho abordaje requiere una intervención multidisciplinar no sólo en cuanto a dar respuesta a la atención del sufrimiento

físico (control de los síntomas), la emocional, social, familiar, sino también, y en igual importancia, la atención espiritual del enfermo. La espiritualidad hace referencia a un bienestar mental basado en el sentido y significado de la vida que va más allá de la mera religiosidad. Según el estudio, dicha espiritualidad se puede evaluar mediante unas escalas. No obstante, considero que ello debe ser puesto en práctica dependiendo de cada caso individual y aplicando el sentido común, pues en situación de terminalidad tal vez sea más reconfortante para muchos pacientes el recibir un acompañamiento emocional antes que el responder un cuestionario.

Meritxell Calderó Solé  
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 28-03-2006  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### **Una comparación de la prevalencia de síntomas en cáncer, SIDA, enfermedad cardíaca, EPOC y enfermedad renal avanzadas.**

*A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage. 2006;31(1):58-69.*

Algunos estudios han sugerido que pacientes sin cáncer presentan síntomas similares a los oncológicos y que por ello se podrían beneficiar también de cuidados paliativos. Se realizó una revisión con el objetivo de determinar si pacientes con enfermedades avanzadas no oncológicas presentan un perfil de síntomas diferente. Para ello realizan una búsqueda bibliográfica en MEDLINE, EMBASE y psycINFO con tres grupos de palabras: síntomas (dolor, delirium, ansiedad, etc.), terminalidad (cuidados paliativos, hospice, etc.), y enfermedades avanzadas (cáncer avanzado, SIDA, fase final de EPOC, etc.). Se incluyeron los estudios realizados en pacientes adultos con enfermedad avanzada de origen oncológico, por insuficiencia cardíaca (IC), EPOC, insuficiencia renal (IR) o SIDA con supervivencia menor a 1 año y en los cuales se especificaba la prevalencia de síntomas. Se excluyeron los estudios realizados en poblaciones más restringidas, los que trataban los síntomas de las últimas 48 horas de vida, los escritos en lenguas distintas de inglés, español o portugués.

De un total de 1900, se seleccionaron 64 artículos (33 cáncer, 9 SIDA, 2 insuficiencia cardíaca, 3 EPOC, 13 insuficiencia renal y 4 varias patologías a la vez). La depresión era frecuente en los cinco grupos de pacientes aunque con rangos de prevalencia amplios (desde 36% en IC a 82% en SIDA); la mayor prevalencia de ansiedad era la del cáncer y la menor la del SIDA; el dolor era más frecuente en cáncer y SIDA y menos en IR; la astenia aparecía con bastante frecuencia en los cinco grupos; la

disnea era especialmente frecuente en el EPOC y la IC; el SIDA era el grupo con prevalencias más altas en insomnio y náuseas. El estreñimiento aparecía sobre todo en cáncer y en la IR; la diarrea en el SIDA con mucha más frecuencia respecto al resto; la anorexia era especialmente frecuente en los pacientes con cáncer (92%).

Los autores señalan algunas dificultades que encontraron por la falta de homogeneidad de los estudios en cuanto a definición de los síntomas, diseño de los estudios, características de la muestra, etc. A pesar de esto, los autores destacan tres síntomas que son especialmente frecuentes (prevalencias mayores del 50%) en las cinco patologías: dolor, astenia y disnea; y también el insomnio y la anorexia que aparecen con gran frecuencia. Concluyen pacientes con enfermedad avanzada distinta del cáncer podrían beneficiarse también de cuidados paliativos aunque tengan sus peculiaridades en algunos aspectos de valoración y manejo de síntomas.

### **Comentario**

Como señalan los autores, uno de los principales problemas de este trabajo es la falta de homogeneidad entre los estudios que se comparan, lo que les lleva obtener prevalencias muy variables para un mismo síntoma incluso tratándose de la misma enfermedad. En cualquier caso, esta revisión pone de manifiesto la alta prevalencia de síntomas en patologías avanzadas que podrían beneficiarse de cuidados paliativos. Bien es verdad que la valoración y el manejo de los síntomas no serán iguales en todas ellas, pero sí que la adecuada evaluación y el tratamiento específico de los síntomas, así como el abordaje multidisciplinar del enfermo desde la perspectiva de los cuidados paliativos podrían proporcionar una mayor calidad de vida en la fase final de la enfermedad.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Ana de Santiago Ruiz, 31-03-2006  
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

### **Alteraciones del sueño en pacientes en cuidados paliativos atendidos en clínica del dolor y control de síntomas.**

*Sela RA, Watanabe S, Nekolaichuk CL. Sleep disturbances in palliative cancer patients attending a pain and symptom control clinic. Palliat Support Care. 2005;3(1):23-31.*

Se trata de un estudio descriptivo y de correlación realizado en Edmonton en 2004, como aproximación a los problemas del sueño de los pacientes en cuidados paliativos de una consulta externa de un departamento de oncología. Los autores diseñaron un cuestionario -autoadministrado- con nueve apartados para explorar la frecuencia e intensidad de las alteraciones del sueño, su relación con otros síntomas psicósomáticos, y la utilización de técnicas o

tratamientos de inducción del sueño. Se prestó especial atención a los resultados de la aplicación del instrumento ESAS en cuanto a dolor, fatiga, depresión y ansiedad. Sólo el 19% de los participantes reconocían alteraciones del sueño antes del diagnóstico de cáncer (prevalencia de insomnio en la población general=30-35%), predominando el sueño poco reparador (72%) y el insomnio de inicio (63%), que les afectaban cinco o más días de la semana, y más de la mitad de los pacientes indicaban padecer una combinación de alteraciones del sueño. Hubo fuerte correlación entre fatiga y sueño interrumpido (insomnio intermedio), y menor entre fatiga, ansiedad e insomnio final. No se demostró correlación entre dolor y alteraciones del sueño. El tratamiento más frecuente fue el medicamentoso, con una efectividad media, y casi la mitad de los pacientes usaban más de un método de inducción al sueño (relajación, visualización, oraciones).

### Comentario

La baja prevalencia referida de insomnio, menor que el descrito en la población general, se explica por la tendencia de los pacientes a exagerar su bienestar antes del impacto del cáncer. La baja correlación con el dolor se explica porque se trata de enfermos con puntuación media en ESAS de 5,5 (SD=2,55) y aceptable control de este síntoma. Se define como elemento crítico para el manejo de las alteraciones del sueño el desarrollo de herramientas de evaluación del sueño y de la respuesta al tratamiento. Se confirma la importancia del insomnio para estos pacientes, tanto en su magnitud como en su complejidad.

Palliative & Supportive Care

**Revisor:** Carlos Fernández Fraga, 01-04-2006  
Centro de Saúde de Burela - LUGO

### **Necesidades no cubiertas de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.**

*Varkey B. Unfulfilled palliative care needs of chronic obstructive pulmonary disease patients. Curr Opin Pulm Med. 2006 Mar;12(2):103-5.*

En este editorial, el autor expone las necesidades no cubiertas en relación a cuidados paliativos de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La EPOC es una patología frecuente y con un gran impacto sobre la morbilidad y mortalidad. La calidad de vida de los pacientes es mala en fases avanzadas y ha sido descrita una similitud entre las necesidades de los pacientes con EPOC y los pacientes con cáncer. La información sobre la evolución y pronóstico de la que disponen los pacientes es baja. Uno de los factores por los que el médico no suele hablar del pronóstico de estos pacientes es la falta de un predictor preciso en un plazo de tiempo corto. Utilizando el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEMS) se puede realizar un pronóstico adecuado, pero solamente

para un plazo de tiempo menor de 5 años. Estudios recientes apuntan a la posibilidad de que una combinación del VEMS, la situación funcional, la comorbilidad y el número de ingresos hospitalarios pueden establecer un pronóstico inferior a 6 meses. De todas formas, la falta de un pronóstico preciso no debería conducir a una falta de comunicación con el paciente. Esto permitiría el establecimiento conjunto de objetivos y límites en las opciones terapéuticas. Un ejemplo de lo dicho sería la posibilidad de intubación o ingreso en una unidad de cuidados intensivos. Así mismo, sería conveniente consensuar la ubicación de los cuidados, es decir, el domicilio, el hospital o una unidad de cuidados paliativos. La guías de práctica clínica y consideraciones bioéticas en relación a la intubación están presentes generalmente de una forma muy variable. Para una correcta atención global a los pacientes con EPOC, se deben incluir los cuidados paliativos en la fase final.

### Comentario

Me ha parecido interesante este artículo actual debido a que el autor expone a la vez la necesidad de cuidados paliativos de los pacientes con EPOC y las dificultades para su aplicación.

Otras revistas

**Revisor:** José Centeno Mattern, 03-04-2006  
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

### **Aceptabilidad de heparina de bajo peso molecular en la tromboprolifaxis de pacientes en cuidados paliativos: un estudio cualitativo.**

*Noble SI, Nelson A, Turner C, Finlay IG. Acceptability of low molecular weight heparin thromboprophylaxis for inpatients receiving palliative care: qualitative study. BMJ. 2006 Mar 11; 332(7541):577-80.*

El objetivo de este estudio cualitativo consiste en describir la opinión que los pacientes tienen del tratamiento tromboprolifáctico con heparina de bajo peso molecular. Los pacientes conocían el significado de la enfermedad tromboembólica y el objetivo del tratamiento profiláctico. Los medios de comunicación han aumentado el conocimiento de este problema al describir los episodios en relación a vuelos prolongados. Muchos pacientes habían tenido experiencia previa con este tratamiento. Éstos consideraron el tratamiento una intervención aceptable y muchos dijeron que mejoraba su calidad de vida al darles una sensación de seguridad. Las medias compresivas fueron consideradas no aceptables y con un impacto negativo en la calidad de vida. Los pacientes se mostraron preocupados de que debido a lo avanzado de su enfermedad no se les considerara

susceptibles de un tratamiento trombotoproláctico.

### Comentario

A falta de guías de práctica clínica precisas en relación a la trombotoprolaxis en el contexto de los cuidados paliativos, este artículo arroja luz sobre las consideraciones de los pacientes.

Otras revistas

**Revisor:** José Centeno Mattern, 03-04-2006  
Hospital R. Bermingham-Fundación Matía. San Sebastián.

### ¿Qué podemos aprender de la muerte de Terri Schiavo?

*Breitbart W. What can we learn from the death of Terri Schiavo? Palliat Support Care. 2005;3: 1-3.*

La mayor parte de las publicaciones relacionadas con esta desgraciada historia se han centrado en la toma de decisiones al final de la vida, tanto desde enfoques éticos como de procedimiento (político- legales). El editor cita los hechos que desencadenaron el estado vegetativo persistente, y describe brevemente los acontecimientos que influyeron en su asistencia.

Enumera las diferentes posiciones adoptadas frente a la decisión de interrumpir la alimentación artificial, y no se extiende en su fundamentación ética, sino en el análisis de la muerte al suspender el soporte básico de nutrición-hidratación.

Indaga en las publicaciones indexadas en Medline sobre los efectos de la muerte sin hidratación-nutrición, que en general se considera como "buena muerte", y revela la escasez y bajo nivel de evidencia de los trabajos encontrados (alrededor de 100 referencias). Insta a los lectores a volver a pensar acerca de los efectos -la experiencia del paciente- de la muerte en estas circunstancias, y a participar con sus puntos de vista, estudios o revisiones.

### Comentario

El fundamento de la retirada de las medidas de soporte vital básico ha sido siempre la ausencia de sufrimiento, que las convierte de hecho en encarnizamiento terapéutico. Hoy, cuando recobran interés los efectos de una adecuada hidratación-nutrición para el control de síntomas, este editor nos presenta un nuevo reto. Desde luego, la actividad cortical cerebral de los enfermos terminales no es evaluada por rutina instrumentalmente, y es de suponer no sea la misma que la de aquellos que sufren estado vegetativo persistente. Y la cuestión del grado de actividad cortical que permitiría experimentar sufrimiento no ha tenido respuesta.

Si caben dudas sobre ello, deberíamos despejarlas.

Palliative & Supportive Care

**Revisor:** Carlos Fernández Fraga, 03-04-2006  
Centro de Saúde de Burela - LUGO

### Una guía para el manejo de heridas en cuidados paliativos.

*Naylor W. A guide to wound management in palliative care. Int J Palliat Nurs. 2005;11(11):572-9.*

El tratamiento de las heridas en pacientes de Cuidados Paliativos tiene como objetivo el bienestar y la mejora de la calidad de vida. Los síntomas más frecuentes en heridas de pacientes con cáncer avanzado son mal olor, exudación y dolor. Algunos principios básicos para el manejo de estas heridas son: prevenir el desarrollo y el deterioro de la herida, corregir y tratar la causa, controlar los síntomas relacionados con la herida, tener en cuenta la auto-valoración del paciente, proporcionar apoyo psicológico, promocionar la independencia y mejorar su calidad de vida.

La elección del apósito en heridas irregulares, cuando se localizan en zonas difíciles, tienen gran exudado o son malolientes es un reto para la enfermería. Para elegir el apósito es necesario tener en cuenta las características de la herida, el confort del paciente, y el coste económico. Algunos apósitos que pueden cubrir estos síntomas son: Carboflex (Convatec): apósitos de alta absorción que se adhieren suavemente y sirven para controlar el olor; Exu-Dry (Smith & Nephew): son de alta absorción y suave adherencia, hay de diversos tamaños; Mepitel/Mepilex Molnlycke): absorbentes y no se adhieren a la piel. Otros apósitos: alginatos, hidrocoloides, de espuma se pueden utilizar en combinación con los anteriores.

Algunas indicaciones para controlar los síntomas según el tipo de heridas a tratar:

1. Heridas malolientes e infectadas: desbridar el tejido necrótico con apósitos desbridantes o con bisturí. Administrar Metronidazol 0.75-0.80 vía tópica o sistémica y colocar un apósito de plata u oclusivo.

2. Heridas exudativas: colocar un apósito que absorba el exudado y mantenga el medio húmedo para favorecer la cicatrización. Es recomendable utilizar apósitos de tipo alginatos, hidrocelulares o espuma, un ejemplo es el Mepitel. En heridas muy exudativas con orificios pequeños colocar apósitos de estomas. En la piel que rodea la herida usar cavilon o apósitos hidrocoloides.

3. Heridas con sangrado: limpiar con irrigación de antifibrinolíticos y no usar apósitos adhesivos.

4. Heridas dolorosas: utilizar analgesia con opioides o óxido de nitrógeno. Los opioides tópicos pueden ser efectivos para heridas ulceradas como morfina o diamorfina. Usar apósitos que no de adhieran y utilizar otras medidas complementarias como relajación y distracción.

No podemos olvidar algunos aspectos psicológicos que están relacionados con las heridas y hay que tener en cuenta:

1. Cambios en el cuerpo y posibilidad de mal olor, exudación, dolor etc...
2. Reacciones emocionales como enfado, depresión, ansiedad y culpabilidad.
3. Aislamiento social relacionado con el mal olor y cambios en la imagen corporal.
4. Restricciones sociales por la frecuencia del cambio de apósito o por no control de la herida.

### **Comentario**

Este artículo presenta de forma clara los síntomas frecuentes en heridas de pacientes con enfermedad avanzada y que apósitos se pueden utilizar. La elección de un apósito u otro en cada caso es un reto para la enfermera de Cuidados Paliativos. Un aspecto importante para conseguir el confort del enfermo es la elección de apósitos adecuados a la herida. Este artículo señala unos apósitos concretos basados en la experiencia de los autores. En nuestro medio también es conveniente que cada equipo de Medicina Paliativa se centre en un tipo de apósitos según las necesidades y la disponibilidad de los apósitos.

International Journal of Palliative Nursing

**Revisor:** Ana Carvajal Valcarcel, 03-04-2006  
Clínica Universitaria de Navarra

---