

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



27ª Entrega. Octubre 2006

INDICE

Articulo	Pag.
Síndromes geriátricos en pacientes ancianos ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos específica para enfermos oncológicos.	1
"Fenómenos del lecho de muerte" y su efecto sobre un equipo de cuidados paliativos: Un estudio piloto.	1
Conglomerados (clusters) de síntomas en pacientes oncológicos.	2
Saciedad precoz en los pacientes con cáncer: un síntoma común e importante pero infradiagnosticado.	2
Factores que influyen en la ansiedad del paciente tras la consulta: impacto de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación para médicos.	2
Listados basados en la evidencia para orientar una exploración física estructurada.	3
Las metas de los Cuidados Paliativos: Más allá del control de síntomas.	4
Ensayo controlado de distribución aleatoria que compara un ciclo corto de acupuntura y la atención habitual en el dolor de espalda inespecífico persistente.	4
Estudio de validación de un sistema de clasificación del dolor en pacientes oncológicos avanzados empleando la opinión de expertos: el Sistema de Clasificación del Dolor Oncológico de Edmonton (Edmonton Classification System for Cancer Pain).	5
Método para definir y hacer una estimación de la población susceptible de recibir Cuidados Paliativos.	5
Seguridad y efectividad de morfina intravenosa en el tratamiento del dolor incidental en pacientes que reciben buprenorfina por vía transdérmica.	6
Prevalencia y características del dolor incidental en pacientes afectados de dolor crónico no oncológico tratados con opioides.	6
Asociaciones de síntomas en pacientes con cáncer	7
Asociando síntomas en el cáncer avanzado.	7
Nivel de necesidad de Cuidados Paliativos: revisión sistemática de la literatura.	8
Nutrición e hidratación artificiales al final de la vida: ética y evidencia científica.	9
Rotación opioide desde morfina a metadona causa un pequeño pero no clínicamente significativo incremento del intervalo QTc: un estudio prospectivo de 9 meses de seguimiento.	9
Factores predictores de supervivencia en el paciente oncológico en situación avanzada: Palliative Performance Status (pps), frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria.	10
Terri Schiavo y el uso de la hidratación-nutrición artificial. Comprensión desde la tradición católica de los cuidados en el final de la vida.	10

Articulo

Pag.

Tratamiento paliativo en pacientes con cáncer gastroesofágico inoperable.

11

Síndromes geriátricos en pacientes ancianos ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos específica para enfermos oncológicos.

Flood KL, Carroll MB, Le CV, Ball L, Esker DA, Carr DB. Geriatric syndromes in elderly patients admitted to an Oncology-Acute Care for Elders Unit. J Clin Oncol 2006; 24: 2298-303.

Se presentan los datos retrospectivos de 119 pacientes oncológicos con una edad de, al menos, 65 años (media: 74 años) que ingresaron en una Unidad Geriátrica de Agudos específica para enfermos oncológicos. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron problemas respiratorios (28%), náuseas, vómitos y/o deshidratación (17%) y dolor (15%). Aunque no se refiere cuántos presentaban enfermedad avanzada y/o se encontraban recibiendo algún tipo de tratamiento oncológico, el perfil de los enfermos incluidos en el estudio no parece que se adapte al habitual de Cuidados Paliativos ya que sólo tres de ellos (3%) fallecieron durante el ingreso. El Short Blessed Test Score sugirió la presencia de algún tipo de alteración cognitiva (demencia, delirium) en el 27% de los casos y el Geriatric Depresión Scale Score resultó positivo para sospecha de depresión en el 20%. Además, se encontró pérdida de peso en el 35% de los enfermos. La media de fármacos por pacientes fue de seis, con un 19% de enfermos que recibían al menos nueve medicamentos diferentes. Con una estancia media en la Unidad de seis días, las complicaciones habituales de enfermos geriátricos que se encontraron fueron: algún tipo de caída en el 5%, úlceras de decúbito en el 6% y la necesidad de emplear técnicas de contención mecánica en el 2%.

Comentario

La primera conclusión, la más sencilla y la más práctica pudiera ser que los pacientes oncológicos de edad avanzada van a presentar y a sufrir los problemas propios de esa edad geriátrica. En cierta medida, en estos enfermos se asocian (y, a veces, se potencian) el deterioro debido al cáncer (y a los tratamientos) y el deterioro debido a la edad. Si tenemos en cuenta que la mayor parte de los pacientes oncológicos atendidos por Unidades de Cuidados Paliativos tienen más de 65 años, es lógico que empiece a plantearse que dentro de la formación necesaria para atender de manera adecuada a estos enfermos se incluyan conocimientos específicos de Geriátrica. Ahondar en el empleo de ciertos instrumentos de evaluación e intentar participar de la actitud y de la visión del enfermo propios de la Geriátrica pueden ser una buena ayuda para muchos profesionales de los Cuidados Paliativos.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 11-07-2006
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

"Fenómenos del lecho de muerte" y su efecto sobre un equipo de cuidados paliativos: Un estudio piloto.

Brayne S, Farnham C, Fenwick P. Deathbed phenomena and their effect on a palliative care team: A pilot study. Am J Hospice Palliat Med 2006; 23: 17-24.

Con el término "deathbed phenomena" o fenómenos del lecho de muerte, los autores hacen referencia a las visiones o apariciones que a veces refieren los enfermos en su fase final, y que suele tratarse de visiones de seres queridos ya fallecidos, que confortan al enfermo y supuestamente le preparan para su muerte.

El estudio consistió en un cuestionario y una entrevista a cada miembro de un equipo de cuidados paliativos de Londres. Aunque compuesto por trece personas, sólo nueve realizaron la entrevista (grabada en audio y transcrita después, con una duración de una hora aproximada) y sólo dos rellenaron el cuestionario, que finalmente se completó con la información de la entrevista. Las nueve personas (cinco enfermeros, tres médicos y un trabajador social) describieron su experiencia con los fenómenos del lecho de muerte, así como el efecto que éstos les habían producido desde el punto de vista personal y profesional.

Los participantes consideraron que estos fenómenos eran relativamente frecuentes y parecían ser parte intrínseca del proceso de morir. No hubo consenso en cuanto a si los consideraban una experiencia psicológica o trascendente, pero todos creían que confortaban al paciente y parecían reconciliarlo con acontecimientos pasados de su vida, preparándolo para la muerte. Parece que los pacientes tienden a contar más estos fenómenos a las enfermeras que a los médicos. El equipo consideró que probablemente muchos pacientes no referían estas visiones por razones diversas: miedo a incomodar a los cuidadores, miedo a parecer locos, problemas de privacidad en el ambiente hospitalario y dificultades culturales. Todos los entrevistados podían distinguir las alucinaciones en el contexto de un delirium de estos fenómenos, los cuales tienen un significado profundo para el paciente y no son perturbadores, a diferencia de las alucinaciones. Reconocieron que el equipo no solía preguntar habitualmente por estos fenómenos a los pacientes, en parte por no saber cómo afrontarlos, y que necesitarían mayor formación en temas espirituales y existenciales.

Comentario

Más allá de las opiniones expresadas por nueve personas (se trata de un pequeño estudio piloto en el que ni siquiera se completó bien el cuestionario previsto), lo importante es que se intenta abordar científicamente un tema que a veces queda en el terreno de lo anecdótico. Estudios más amplios y con mayor rigor metodológico pueden aportar información muy interesante.

American Journal of Hospice and Palliative Medicine

Revisor: José Javier De-Arriba Méndez, 19-07-2006
Unidad de Medicina Paliativa. Hospital N. S. Perpetuo Socorro. Albacete

Conglomerados (clusters) de síntomas en pacientes oncológicos.

Chen ML, Tseng HC. Symptom clusters in cancer patients. Support Care Cancer 2006; 14: 825-30.

La experiencia muestra que hay síntomas que guardan entre sí una cierta correlación. Y sucede que cuando uno de ellos aparece es muy probable que también lo hagan los demás. Asimismo, el alivio de uno de ellos puede repercutir en que la intensidad de los demás también disminuya. Estos síntomas forman, por así decir, "asociaciones naturales" que es lo que se denomina como conglomerado o "cluster" y que definen el perfil de ciertos subgrupos de enfermos.

Este trabajo pretende describir los conglomerados de síntomas que aparecen en pacientes oncológicos. Para ello evalúan 151 enfermos con el MD Anderson Symptom Inventory. Este instrumento analiza la intensidad de 13 síntomas. Sin embargo, cuatro de ellos (sequedad de boca, disnea, dificultades de memoria y entumecimiento) no se incluyeron en el análisis por la falta de correlación. Con un modelo de dos factores (o conglomerados) era posible explicar el 50% de la variancia en los síntomas y se llegaba al 55% al incluir tres factores: el de "enfermedad" (dolor, astenia, problemas de sueño, hiporexia y adormecimiento), el gastrointestinal (náuseas y vómitos) y el emocional (sufrimiento emocional y tristeza). El cáncer avanzado y el dolor (pero no el estado general) se asociaban a una mayor intensidad del cluster de "enfermedad". Los pacientes que recibían quimioterapia puntuaban más en el cluster gastrointestinal. Y, por último, la ansiedad y la depresión (evaluadas mediante el HADS) se asociaban a puntuaciones más altas en el conglomerado emocional.

Comentario

El modo habitual de agrupar y marcar diferencias entre pacientes oncológicos con un mismo diagnóstico es la clasificación por estadios, es decir, en función del volumen y la agresividad del tumor. Sin embargo, la experiencia muestra que también es posible distinguir grupos relativamente homogéneos de pacientes de acuerdo con sus diferentes perfiles. Este estudio propone tres posibles perfiles de enfermos oncológicos: el de "enfermedad", más inespecífico; el segundo, el de los problemas digestivos; y el de las situaciones psicoemocionales; distinciones que parecen cuadrar con lo que se ve a diario en la práctica clínica. Sin embargo, el peso de este estudio está limitado por la escasez de síntomas que entran en el análisis (nueve) y por la diversidad de las características de los pacientes: estadios localizados y avanzados, diferentes tipos de tratamiento... En cierta medida, al incluir pacientes "diferentes" es fácil que el análisis de cluster caiga en la tautología de agrupar por una parte los más afectados por

la enfermedad y por otra los que presentan problemas digestivos derivados de la quimioterapia. De hecho, la distinción en sólo estos dos "clusters" podría explicar casi la misma proporción de la variancia que la división en tres factores. Pero es posible que de esta manera se hubiese alcanzado un resultado demasiado obvio. En todo caso, los conglomerados y las asociaciones naturales de síntomas existen y pueden ayudar a comprender mejor al paciente y sus problemas, pero sin encorsetarlos dentro de unas clasificaciones definidas fríamente por un programa estadístico.

Supportive Care in Cancer

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 31-07-2006
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Saciedad precoz en los pacientes con cáncer: un síntoma común e importante pero infradiagnosticado.

Davis MP, Walsh D, Lagman R, Yavuzsen T. Early satiety in cancer patients: a common and important but underrecognized symptom. Support Care Cancer 2006; 14(7):693-98.

En este trabajo el grupo de Cleveland nos ofrece una revisión sistemática sobre el síntoma "saciedad precoz". Nos presenta una definición, establece la prevalencia del problema, nos ofrece las herramientas existentes para su evaluación, así como los mecanismos fisiopatológicos implicados en su aparición. El apartado de fisiopatología tiene especial interés porque de él se derivan las posibilidades terapéuticas entre las que los autores citan: prokinéticos, Ghrelina, así como antagonistas de la secreción de: colecistokinina, proteínas glucagon-like y bombesina.

Comentario

Se trata de un trabajo interesante de fácil lectura.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 13-09-2006
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Factores que influyen en la ansiedad del paciente tras la consulta: impacto de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación para médicos.

Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, Marchal S, Boniver J, et al. Factors that influence cancer

patients' anxiety following a medical consultation: impact of a communication skills training programme for physicians. Ann Oncol 2006; 17(9):1450-8.

El modo en que los médicos transmiten la información influye en el grado de ansiedad de los pacientes. En teoría, los médicos con una mayor formación en habilidades de comunicación deberían ser capaces de aliviar la ansiedad de los enfermos o, al menos, de no aumentarla. En este trabajo se analiza cómo influye en la ansiedad de los pacientes oncológicos el que los médicos hayan seguido un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación. Se incluyeron médicos (en su mayoría no oncólogos) que habían concluido un programa de formación básica en habilidades de comunicación y se distribuyeron de manera aleatoria a asistir posteriormente a talleres en los que consolidar las habilidades. Entraron en el análisis definitivo 27 de los 35 (77%) asignados a asistir a los talleres y 30 de los 37 (81%) asignados a no asistir. Los pacientes fueron seleccionados por los propios médicos. El contenido de las Consultas se grabó para ser luego transcrito y evaluado por psicólogos. La ansiedad antes y después de la Consulta se evaluó mediante el State Trait Anxiety Inventory y las habilidades de comunicación según el Cancer Research Campaign Workshop Evaluation Manual. Las variables que se asociaron a un nivel menor de ansiedad fueron realizar preguntas iniciales más genéricas (de rastreo), la impresión por parte del médico de que efectivamente había ayudado al paciente y el sufrimiento emocional del enfermo. Al contrario, la ansiedad era mayor cuando se daban malas noticias y cuando el médico mostraba actitudes de apoyo y empatía (tal vez porque vinieran exigidas por la propia dificultad de la conversación). No se encontraron diferencias relevantes entre los dos grupos en los resultados de antes y de después de la Consulta en cuanto a la ansiedad de los pacientes o en la evaluación, la información dada o las actitudes de apoyo y empatía por parte de los médicos. Al cabo de seis meses sólo se encontró que la ansiedad de los pacientes guardaba relación con el empleo de actitudes de apoyo por parte del médico, aunque sólo en el grupo que había asistido a talleres de consolidación.

Comentario

¿La formación avanzada en habilidades de comunicación permite reducir la ansiedad que se genera en el paciente en cada Consulta? Los resultados de este estudio orientan a que la respuesta sea no. Y, más interesante que incidir en los problemas metodológicos de este tipo de diseños es plantearse cuáles podrían ser los motivos que justificasen estos resultados. Uno pudiera ser el hecho de que a pesar de asistir a cursos, cada uno se relaciona y, por tanto, informa de acuerdo con su propio modo de ser. Y mostrar un carácter afable, amistoso, franco, cercano y, sobre todo, natural es algo que no siempre se aprende en los Cursos. Otra posibilidad es que poseer habilidades en la comunicación empuje a una mayor franqueza en las conversaciones, con lo que el propio impacto de la verdad pudiera llevar a perder lo que se ganó al tener esas habilidades.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 13-09-2006
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Listados basados en la evidencia para orientar una exploración física estructurada.

Frank C. Evidence based checklists for objective structured clinical examinations. BMJ 2006; 333; 546-8.

Son pocas las recomendaciones o las guías prácticas sobre cómo realizar la exploración física, y las que se presentan se han adoptado de acuerdo con una metodología que les lleva a seleccionar o a rechazar una serie de pasos y de maniobras. El autor realiza una búsqueda limitada, remedando la metodología de la Medicina basada en la evidencia, sobre una serie limitada de exploraciones físicas. Comienza con la neumonía. La mayor parte de los hallazgos clásicos de la exploración física están presentes en menos de la mitad de los pacientes con signos radiográficos de neumonía. Y, en conjunto, destacan más por su especificidad que por su sensibilidad, lo que se traduce en valores predictivos positivos y negativos que oscilan entre el 50% y el 65%. Llama la atención la poquísima concordancia entre los exploradores en cuanto al frémito o la pectoriloquia, si bien este acuerdo (κ) crece hasta cerca del 50% en la valoración de las sibilancias y la matidez en la percusión. En conjunto, los datos de la exploración más relevantes ante la sospecha de neumonía son la auscultación pulmonar, la percusión (en busca de matidez) y las constantes vitales. Por este motivo, el guión de la exploración física en caso de sospecha de neumonía debería centrarse en los aspectos más básicos de la exploración respiratoria e incluir la medida de la temperatura y de las constantes. Más tarde el autor se centra en el valor del llenado capilar en hipovolemia. La valoración exige una medida tremendamente precisa del tiempo de llenado (¡a veces hasta en décimas de segundo!) para lograr una especificidad aceptable pero con una sensibilidad muy baja. A partir de estos ejemplos, se propone revisar el modo en que se enseña la exploración física en Medicina. El objetivo es que distinga entre lo que es realmente práctico y lo que ya son maniobras que sólo deberían recordarse dentro de la Historia de la Medicina.

Comentario

En el mundo de la Medicina tecnológica llama la atención que dentro de los Cuidados Paliativos tanto el diagnóstico como la orientación terapéutica se sigan fundamentando con frecuencia en dos pilares tradicionales como son la historia clínica y la exploración física. Y es que las condiciones del paciente en situación terminal enfermo o las del medio a veces no permiten acceder a estudios complementarios que pueden ser molestos o, sencillamente, desproporcionados. Pero los resultados de la exploración física en ocasiones pueden ser orientativos mientras que en otras pueden llegar

a desconcertar. Y esto se debe a las limitaciones de la técnica, a la variabilidad del paciente, a la diferente sensibilidad de cada explorador, que se traduce en el escaso grado de concordancia, y en que el valor y los resultados de cada maniobra varíen en función del contexto clínico. O sea, que los datos de la exploración física hay que interpretarlos con prudencia y dentro de un contexto. Y eso que más de una vez son el único fundamento relativamente objetivo para decidir la actitud terapéutica en Medicina Paliativa.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 14-09-2006
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Las metas de los Cuidados Paliativos: Más allá del control de síntomas.

Breitbart W. The goals of palliative care: beyond symptom control. Palliat Support Care. 2006; 4(1):1-2.

Mi padre tuvo básicamente una "buena muerte". Murió confortablemente, en casa, en su propia cama, afeitado, rodeado y abrazado por su familia. Mi padre vivió con un cáncer de próstata con metástasis generalizadas durante cinco años. En esos cinco años, tuvo un dolor mínimo, y no sufrió episodios de infección ni hospitalizaciones. Estuvo sumamente bien durante cuatro años y medio, incluso trabajando. Los últimos seis meses estuvieron marcados por una progresiva pérdida de peso y debilidad, debiendo reducir su ritmo de vida. Pero hasta el día anterior a su muerte, caminaba, se lavaba y vestía por sí mismo, discutía con mi madre, y no tenía dolor. En la mañana del martes, por primera vez en su larga enfermedad, no pudo levantarse de la cama. Estaba somnoliento y no completamente reactivo. Mi madre me llamó para contarme de su cambio. Dejé la ronda de mañana del hospital, reuní unos pocos medicamentos esenciales, y fui derecho a su casa (la casa en que yo crecí). Me pasé las siguientes y últimas 24 horas de su vida sentado en una silla al lado de su cama, dándole sorbos de morfina en solución y haloperidol, para mantenerlo cómodo, sin dolor, sin confusión y agitación. Mi madre durmió a su lado la noche entera. Cuando llegó la enfermera de soporte domiciliario, el viernes por la mañana, estaba claro que mi padre estaba muy cerca de la muerte. Entre los dos bañamos a mi padre, y yo insistí en afeitarlo. Tenía una barba de cuatro días, y sabía que hubiera querido morir bien afeitado. Después de afeitarse el lado izquierdo de su cara dejó de respirar. Lo besé, le di las gracias por darme la vida, y acabé de afeitarse su mejilla derecha.

Comentario

El título y la simple traducción del primer párrafo del editorial son suficientes. Ambicionamos para nuestros pacientes -y para nosotros mismos- esa atención y ese respeto. Y eso va

más allá del control de síntomas.

La atención paliativa debe incluir las competencias de ayuda en relación con los problemas existenciales, como el sentido de la vida, la desesperación y la dignidad de la persona en el fin de su vida.

Palliative & Supportive Care

Revisor: Carlos Fernández Fraga, 31-07-2006
Centro de Saúde de Burela - LUGO

Ensayo controlado de distribución aleatoria que compara un ciclo corto de acupuntura y la atención habitual en el dolor de espalda inespecífico persistente.

Thomas KJ, MacPherson H, Thorpe L, Brazier J, Fitter M, Campbell MJ, et al. Randomised controlled trial of a short course of traditional acupuncture compared with usual care for persistent non-specific low back pain. BMJ 2006; 333:623-8.

El dolor de espalda afecta hasta a una de cada siete personas y aún no hay un acuerdo unánime sobre cuál es el mejor tratamiento. La acupuntura ayuda a conseguir un cierto alivio a corto plazo pero son pocos los datos sobre el posible beneficio a largo plazo. Este estudio analiza el efecto al cabo de uno y de dos años de un ciclo corto de acupuntura en pacientes con dolor de espalda persistente e inespecífico que no tuviesen reclamaciones pendientes en relación con el dolor. Los pacientes con dorsalgia mantenida a lo largo de un tiempo que oscila entre un mes y un año se distribuyeron de manera aleatoria: 160 recibieron tratamientos individualizados con acupuntura y 81 sólo los cuidados habituales (analgésicos, fisioterapia, ejercicios...). El dolor se evaluó con el cuestionario SF-36 (puntuación de 0 a 100; el valor 100 expresa la ausencia de dolor). También se registraron el uso de analgésicos, la capacidad funcional y las posibles complicaciones. 213 (88%) pacientes fueron evaluables al cabo de un año y 182 (76%) al cabo de dos. Tras ajustar en función de las posibles variables de confusión, el efecto medio de la acupuntura medido en el SF-36 fue de 5,6 puntos (IC 95%: -0,2 a 11,4) al cabo de un año y de 8,0 puntos (IC 95%: 2,8 a 13,2) a los dos años. Al cabo de los 24 meses, el grupo con acupuntura mostraba también menos preocupación por el dolor de espalda, recibía menos analgésicos y era más probable que no hubiese padecido dolor en el último año. Por lo demás, no se apreciaron diferencias relevantes en la capacidad funcional ni se registraron complicaciones importantes.

Comentario

Es conocido el efecto analgésico de la acupuntura. Pero sólo en los últimos años se ha podido confirmar y cuantificar de manera experimental, en ensayos clínicos. En este ensayo se sugiere que en algo tan poco específico

como el dolor de espalda junto al beneficio inicial, ya conocido, es posible la acupuntura mantenga cierto efecto a largo plazo. En el dolor oncológico se ha encontrado también cierto efecto de la acupuntura, pequeño pero real. Y los datos de estos nuevos ensayos nos recuerdan que tal vez esté llegando el momento de plantearse el modo de incluirla como una opción más en el alivio del dolor del paciente oncológico.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 24-09-2006
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Estudio de validación de un sistema de clasificación del dolor en pacientes oncológicos avanzados empleando la opinión de expertos: el Sistema de Clasificación del Dolor Oncológico de Edmonton (Edmonton Classification System for Cancer Pain).

Nekolaichuk CL, Fainsinger RL, Lawlor PG. A validation study of a pain classification system for advanced cancer patients using content experts: the Edmonton Classification System for Cancer Pain. Palliat Med 2005; 19:466-76.

El objetivo del estudio fue validar la Clasificación del Dolor de Edmonton modificada (revised Edmonton Staging System, rESS) que únicamente incluye cinco variables para definir el perfil del dolor oncológico: tipo de dolor, presencia de dolor incidental, sufrimiento emocional, conducta adictiva y alteración cognitiva. Se llevó a cabo un estudio Delphi modificado con dos fases sucesivas, cada una con una doble ronda de respuestas. En la primera fase intervinieron 18 expertos de ámbito local y en la segunda 52 expertos nacionales e internacionales. La proporción de participantes que estaban de acuerdo en cada uno de los cinco factores que integran la clasificación oscilaba entre el 67% en la alteración cognitiva y el 100% en el mecanismo de producción del dolor. Aun así, la mayoría consideró adecuado modificar las definiciones de las variables, por lo que se retocaron todas ellas salvo la del mecanismo de producción del dolor. De acuerdo con estas indicaciones, se redactaron también unas instrucciones sobre cómo emplear la clasificación y se decidió cambiarle el nombre a Sistema de Clasificación del Dolor Oncológico de Edmonton (Edmonton Classification System for Cancer Pain, ECS-CP). En conjunto, los expertos consideraron que este nuevo sistema de clasificación era bastante efectivo en la práctica clínica (valor medio: 4 (escala de 1 a 5)).

Comentario

La clasificación del dolor de Edmonton (Edmonton Staging System), un clásico en lo que es la evaluación del dolor, se modificó en el año 2000, con lo que pasó de incluir siete a sólo

cinco variables. Para ello se siguieron los pasos metodológicos habituales: estudio piloto, estudio de fiabilidad (Fainsinger, JPSM 2005), y este estudio tipo Delphi, con un perfil más cualitativo, que permitía tener en cuenta la opinión de expertos. El resultado es la clasificación de Edmonton modificada o, de manera más precisa, el Sistema de Clasificación del Dolor Oncológico de Edmonton. Y a pesar de toda la precisión metodológica, esta clasificación adolece de un problema en cuanto a su impacto en la práctica clínica. Es cierto que es útil para marcar el perfil del dolor en los diferentes pacientes oncológicos mediante la evaluación de sólo cinco variables. Pero está todavía por ver que esta clasificación tenga una repercusión práctica tanto en la valoración del pronóstico (probabilidad de respuesta del dolor y tiempo hasta obtener esta respuesta) como en el modo de aliviar ese dolor. En resumen, un instrumento inteligente pero, por ahora, poco práctico.

Palliative Medicine

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 25-09-2006
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Método para definir y hacer una estimación de la población susceptible de recibir Cuidados Paliativos.

McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the Palliative Care population. J Pain Symptom Manage 2006; 32: 5-12.

En este trabajo se diseña un modelo para hacer estimaciones, de mínimos y de máximos, que permitan definir y cuantificar qué población debería recibir Cuidados Paliativos. Participaron 38 expertos, profesionales o personas relacionadas con los Cuidados Paliativos, que se distribuyeron en seis grupos de estudio. Se llevó a cabo un estudio cualitativo en que sus opiniones y los datos de una revisión bibliográfica sobre el tema orientaron la respuesta a las cuestiones principales. Se aceptó que los Cuidados Paliativos admitían un doble enfoque: según la patología de base y según las necesidades del paciente; y se consideró que los componentes esenciales de estos Cuidados son que se centran en el paciente, que atienden los problemas físicos, psicológicos y espirituales y que pretenden mantener la calidad de vida hasta el final. Hubo acuerdo en que los Cuidados Paliativos se deberían ofrecer ya desde el momento del diagnóstico y, a partir de ahí, seleccionar, si es el caso, los pacientes con situaciones más complejas. En la estimación más conservadora de las patologías que deberían recibir Cuidados Paliativos se incluyeron: cáncer; insuficiencia orgánica (cardíaca, renal y hepática), EPOC, patología neurológica (ELA, enfermedades de motoneurona, Parkinson, Huntington y Alzheimer) y SIDA. Estas patologías suponen el 50% de los fallecimientos en el medio donde se llevó a cabo el estudio.

Comentario

Atender a los pacientes de acuerdo con los principios de los Cuidados Paliativos (atención integral, etc.) ayuda a mejorar todos los aspectos de la práctica clínica. Sin embargo, esto no es lo mismo que dedicarse profesionalmente, de manera especializada y específica, a los Cuidados Paliativos. De hecho, esta atención de las Unidades y de los profesionales de Cuidados Paliativos sólo es precisa, aparentemente, en un grupo de pacientes cuya complejidad supera los estándares de una atención no especializada. ¿Quiénes son y cómo se definen estos pacientes especialmente complejos? O, dicho de otra manera, ¿cuántos son, cuál es la proporción de enfermos que precisa específicamente Cuidados Paliativos? Este trabajo plantea la pregunta pero no la responde. De hecho, al asumir una definición laxa de los Cuidados Paliativos, concluye que todos los pacientes con determinadas patologías son (¡desde el diagnóstico!) candidatos a estos Cuidados. Pero sí que da respuesta a la cuestión previa ya que analiza cuál es la proporción de fallecimientos debida a las patologías más claramente candidatas a recibir Cuidados Paliativos (cáncer, insuficiencia orgánica, EPOC, enfermedades neurológicas degenerativas, SIDA): el 50%. Esta primera estimación es un buen dato de cara al diseño e implementación de posibles programas de Cuidados Paliativos locales o de ámbito más amplio ya que para definir cuál es la población que debería entrar en el programa cada año basta con dividir por dos el número de muertes anuales. Aunque unos criterios más estrictos llevarían a que esta proporción se redujera, probablemente, de uno de cada dos a uno de cada tres fallecimientos.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 28-09-2006
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Seguridad y efectividad de morfina intravenosa en el tratamiento del dolor incidental en pacientes que reciben buprenorfina por vía transdérmica.

Mercadante S, Villari P, Ferrera P, Porzio G, Aielli F, Verna L, Cassuccio A. Safety and effectiveness of intravenous morphine for episodic breakthrough pain in patients receiving transdermal buprenorphine. J Pain Symptom Manage. 2006; 32(2):175-179.

Estudio realizado en 29 pacientes que recibían buprenorfina transdérmica para el tratamiento del dolor neoplásico y en los que determinó tanto la efectividad en el uso de morfina intravenosa como la seguridad (efectos adversos) ocurridos con dicho tratamiento. El ratio de conversión de buprenorfina transdérmica a morfina fue de 1:75. El ratio de conversión de morfina oral a intravenosa fue 3:1. Finalmente, la dosis de rescate de morfina fue de 1/5 de la dosis total diaria. Los pacientes recibieron el tratamiento cuando presentaron un dolor incidental con intensidad cuantificada mediante una EVA >7. Se administró morfina intravenosa durante 5 minutos y 15 minutos después se recogieron tanto la

mejoría analgésica como la intensidad de los efectos secundarios.

98 episodios (92,4%) de dolor incidental fueron tratados de manera efectiva mediante este procedimiento (reducción de más de un 33% en la intensidad del dolor), sin que se encontraran diferencias entre la edad, sexo, mecanismo del dolor, número e intensidad de los episodios. 8 episodios (7,5%) no respondieron al tratamiento. Los efectos adversos fueron irrelevantes y de escasa intensidad.

Comentario

Buprenorfina es un fármaco opioide mayor agonista del receptor mu cuya utilización para el tratamiento del dolor oncológico está siendo revisada en los últimos años. Aunque existe la presentación de buprenorfina sublingual que en principio podría ser la medicación de rescate en pacientes tratados previamente con buprenorfina transdérmica, la falta de estudios sobre las dosis de buprenorfina sublingual necesarias para ser utilizadas como medicación de rescate en estos casos, así como la excesiva duración del efecto farmacológico, no convierten a buprenorfina sublingual en el tratamiento más adecuado. Metodológicamente falta un grupo control. Asimismo, no existe el efecto doble ciego. Cuestiones éticas convierten el estudio en observacional pero los resultados obtenidos deben ser tenidos en cuenta por los profesionales que tratan el dolor en el paciente oncológico.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 29-09-2006
UCP Hospital jaume d'Urgell

Prevalencia y características del dolor incidental en pacientes afectos de dolor crónico no oncológico tratados con opioides.

Portenoy RK, Bennett DS, Rauck R, Simon S, Taylor D, Brennan M, Shoemaker S. Prevalence and characteristics of breakthrough pain in opioid-treated patients with chronic noncancer pain. J Pain. 2006;7(8):583-591.

Este artículo presenta los resultados de un estudio realizado con 228 pacientes pertenecientes a 9 programas de tratamiento del dolor en los EEUU, en el que se demuestra que el dolor incidental es altamente prevalente y de etiología variada en pacientes tratados con opioide y afectos de dolor crónico no oncológico.

A los pacientes incluidos en el estudio se les pasó un cuestionario, por vía telefónica, especialmente diseñado para pacientes oncológicos. Todos los pacientes presentaban un dolor basal controlado y 168 (74%) experimentaron dolor incidental de intensidad severa a muy severa. Entre los pacientes incluidos en el estudio, el 52% estaban afectos de dolor lumbar crónico y el mecanismo fisiopatológico del dolor era somático (38%), neuropático (18%), visceral

(4%) o mixto (40%). La mediana de episodios de dolor incidental diario fue de 2 (rango 1-12); la mediana de tiempo entre la aparición de la crisis de dolor y la máxima intensidad del dolor fue de 10 minutos (rango 0-180 minutos) y la mediana de la duración del episodio fue de 60 minutos (rango 1-720 minutos). Los pacientes identificaron un factor precipitante en el 69% de los casos y, de éstos, el 92% estaban relacionados con la actividad física. La aparición del episodio de dolor no pudo ser predicha en el 45% de los casos.

Comentario

La prevalencia de dolor incidental en la muestra estudiada es del 74%, discretamente superior a la hallada en pacientes oncológicos en dos estudios recientes: Portenoy y Hagen 1990, con el 64%; y Portenoy y Payne 1999, con el 51%. En cambio, la mediana en la frecuencia de episodios de dolor fue de 2 en este estudio, mientras que en los estudios antes referidos fueron de 4 y 6 episodios de dolor incidental al día, respectivamente. Desde el punto de vista metodológico, destaca la heterogeneidad de la muestra, la utilización de un cuestionario especialmente diseñado para pacientes oncológicos y que, además, este cuestionario no está validado.

No obstante, los resultados de este estudio sugieren que el dolor incidental es altamente prevalente y variado entre la población con dolor crónico no oncológico y que son necesarios más estudios para determinar si el impacto clínico y terapéutico es comparable al de la población oncológica.

Otras revistas

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 29-09-2006
UCP Hospital jaume d'Urgell

Asociaciones de síntomas en pacientes con cáncer

Chen ML y Tseng HC. Symptom clusters in cancer patients. Support Care Cancer 2006;14:825-30.

En este trabajo se presenta una investigación desarrollada en Taiwán sobre los síntomas que aparecen asociados en el paciente con cáncer. Para ello los autores utilizan el MD Anderson Symptom Inventory para evaluar la intensidad de 13 síntomas en 151 pacientes diagnosticados de cáncer, así como el cuestionario de HADS. El análisis estadístico empleado fue análisis factorial sobre componentes fundamentales.

En sus resultados describen una población mayoritaria de hombres (59%) con una edad media de 50.08 (SD=14.41). La neoplasia más frecuente fue la hematológica (27%). Sólo en un tercio de los pacientes estaba descrito el estadio de la enfermedad, el 50% de los casos se trataba de estadios III y IV. Los autores señalan un Índice de Karnofsky medio de 79.74 (SD=14.42).

Respecto a la presencia de síntomas, la media de síntomas

por paciente fue de 8.32 (SD=3.72). El síntoma más prevalente fue "boca seca" (84.1%) seguido de astenia y anorexia. El síntoma que puntuó más alto en la escala de severidad fue astenia (media 4.99, SD=3.52) seguido de boca seca y distrés.

Respecto a las asociaciones o racimos de síntomas, los autores recogen 3 grupos a cada uno de los cuales relacionan con la presencia de síntomas:

- síntomas de enfermedad: dolor, astenia, insomnio, anorexia, somnolencia
- síntomas gastrointestinales: náuseas y vómitos
- síntomas emocionales: distrés y tristeza

Los autores intentan validar sus resultados a partir de la hipótesis de que los pacientes en fases avanzadas de la enfermedad presentarán con más frecuencia el primer grupo de síntomas, los pacientes en tratamiento con QT el segundo y los pacientes que puntuaban más alto en el test de HADS presentarían el tercer grupo de síntomas.

Comentario

Algunos autores han definido el "cluster de síntomas" o, en una versión más castellana, "la asociación o racimo de síntomas" como tres o más síntomas que están relacionados unos con otros. Para la mayor parte los autores existe un mismo sustrato fisiopatológico que justificaría la aparición del "racimo de síntomas" de la misma manera que el tratamiento de uno de ellos debería mejorar el resto del grupo.

Bajo este punto de vista, el trabajo de Chen es muy criticable: el primer racimo de síntomas recoge síntomas que pueden o no estar relacionados; el segundo grupo sólo incluye dos síntomas.

Otro punto criticable es el sistema de validación que atribuye al estadio de la enfermedad la presencia de ciertos síntomas cosa que ha sido rebatida por innumerables trabajos.

Desde mi punto de vista el estudio de las asociaciones de síntomas tiene sentido ya que nos permite un abordaje más global de los problemas del paciente con cáncer aunque la moda de los "clusters" asociada al potencial estadístico de los ordenadores nos puede llevar a conclusiones erróneas por lo que debemos ser prudentes y analizar en profundidad los trabajos que se publican.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 02-10-2006
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Asociando síntomas en el cáncer avanzado.

Walsh D, Rybicki L. Symptom clustering in advanced cancer. Support Care Cancer 2006;14:831-36.

Este trabajo recoge el análisis de 38 síntomas en 1000 pacientes durante dos años con el objetivo de determinar si existen asociaciones de síntomas. Para ello los autores incluyeron pacientes oncológicos en fases avanzadas de la

enfermedad, tanto ingresados como ambulatorios. La presencia de los síntomas y su intensidad se determinó en la primera entrevista clínica junto con la situación funcional medida con ECOG.

Los autores utilizaron para el análisis estadístico datos precedentes de 922 pacientes. Descartaron los síntomas cuya prevalencia era inferior a 15%. La técnica empleada fue la de conglomerados jerárquicos, mediante la agregación de medianas. Para que dos síntomas formaran parte del mismo grupo o cluster debía presentar una correlación mayor o igual a 0.68.

En este trabajo la edad media de los pacientes fue de 65 años (12-94), el 54% eran hombres. El 43% de los incluidos presentaba un ECOG de 3. La neoplasia más frecuente era la pulmonar (25%). Respecto a los síntomas: el dolor fue el síntoma más frecuente seguido de la astenia, debilidad y anorexia.

Los autores identificaron 7 grupos de síntomas:

- El grupo de fatiga incluye: anorexia-caquexia, astenia, debilidad, anorexia, falta de energía, boca seca, saciedad precoz, pérdida de peso y disgeusia.

- El grupo de síntomas neuropsicológicos incluye: insomnio, depresión y ansiedad.

- El grupo de síntomas del tracto gastrointestinal superior incluye: crisis de vértigo, dispepsia, aerofagia y plenitud abdominal

- El grupo de náuseas y vómitos incluye: náuseas y vómitos

- El grupo de síntomas aerodigestivos incluye: disfagia, dispepsia, tos y pirosis.

- El grupo de síntomas de debilidad incluye: edema y confusión

- El grupo de síntomas de dolor incluye: dolor y constipación

En la discusión del trabajo los autores ofrecen algunas hipótesis que podrían ayudar a justificar algunos de estos clusters. No resultan sorprendentes los grupos de dolor y náuseas. Respecto al grupo de fatiga, los autores apuntan la posibilidad de un defecto autonómico que pueda ser el sustrato tanto de la astenia, anorexia como de la boca seca, etc. Señalan también la gran representación que tienen los síntomas digestivos en los diferentes grupos.

En el caso del grupo aerodigestivo, comentan la posibilidad de que la debilidad de la musculatura respiratoria tenga un papel importante en la aparición de la disnea.

También reflexionan sobre el hecho de que el síntoma fatiga no se asocia a depresión o insomnio, señalando que en el caso de los enfermos oncológicos parece tener un sustrato físico. Tampoco se asocia dolor a ansiedad o depresión, una asociación ampliamente comentada en la bibliografía.

Para los autores estas clasificaciones deben tener implicaciones terapéuticas tanto en lo referente a su evaluación durante la entrevista clínica como en la aproximación farmacológica ya que un mismo fármaco puede resolver varios síntomas de un mismo grupo.

Comentario

Se trata de un trabajo riguroso que invita a la reflexión. Probablemente es una aportación más a la moda de los "clusters" que es bueno conocer pero que debemos interpretar con cautela: No todas las asociaciones estadísticamente significativas son clínicamente relevantes y nos queda mucho camino por recorrer y mucha paja por

trillar. Es interesante el análisis crítico que los autores hacen en la discusión sobre otras experiencias de cluster publicadas.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 02-10-2006
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Nivel de necesidad de Cuidados Paliativos: revisión sistemática de la literatura.

Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Kite S, Naysmith A, et al. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. Palliat Med 2000; 14: 93-104.

Los autores seleccionan 73 trabajos que aportan datos en relación con la implementación de Unidades de Cuidados Paliativos hasta 1998 para hacer una estimación de la necesidad de este tipo de cuidados a partir de los datos de cobertura. Desde una perspectiva epidemiológica las estimaciones se llevan a cabo partiendo de los datos de mortalidad por diferentes causas. Los resultados que aporta son poco específicos y hay que interpretarlos en función de la incidencia y la gravedad (a veces difíciles de precisar) con que aparecen diferentes problemas en esta población. De este modo la estimación se sitúa en 2800 muertes anuales por millón de habitantes por cáncer y 6900 por patologías no oncológicas, de los cuales 3400 cumplirían (por la carga de síntomas, etc.) criterios de situación terminal. Otro punto de vista es el que valora el empleo de recursos sanitarios. En este caso, lo que se estima es que se atienden cada año 700-1800 pacientes oncológicos (25%-64% de los oncológicos) en situación terminal por millón de habitantes y 350-1400 no oncológicos (10%-41% de los no oncológicos). Asimismo, se destinan para pacientes ingresados que requieren Cuidados Paliativos un mínimo de 40-50 camas por millón de habitantes.

Comentario

Los datos que se aportan no son los ideales sino los reales. Además, están referidos a finales de los años noventa, por lo que hay que interpretarlos con cierta perspectiva. Sin embargo, son una buena estimación y puede ser útiles si lo que se pretende es diseñar un sistema de cobertura para una población relativamente amplia. En este escenario, hay varios datos que merecen una mayor atención. Por una parte, las Unidades atienden entre un 24% (cercano a la cobertura estimada en España según datos del Directorio 2004) y un 60% de los pacientes oncológicos. En cierta medida, este 60% se podría considerar como la proporción de cobertura ideal en nuestro medio ya que el objetivo puede no ser forzosamente el 100% ya que no todos los enfermos tienen una complejidad tal (en síntomas y/o problemas psicosociales) que requiera la atención especializada de Unidades específicas de Cuidados

Paliativos. En relación con los enfermos no oncológicos, llama la atención que en una misma población la proporción de fallecimientos por patologías terminales no oncológicas es bastante parecida a la de muertes por cáncer. No obstante, la proporción de pacientes no oncológicos que requiere la atención de una Unidad específica se limita, en la estimación más elevada, a un 40%. Pero estos datos hay que valorarlos con prudencia ya que el paso del tiempo muestra que la cobertura a enfermos no oncológicos tiende a ampliarse.

Palliative Medicine

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 06-10-2006
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Nutrición e hidratación artificiales al final de la vida: ética y evidencia científica.

Ganzini L. Artificial nutrition and hydration at the end of life: ethics and evidence. Palliat Support Care. 2006;4(2):135-143.

La autora, psiquiatra y profesora en la Universidad y el Centro de Veteranos de Portland, Oregon, parte de la situación que se planteó con la muerte de Terri Schiavo para revisar los aspectos éticos y las pruebas científicas que se refieren a estos medios de soporte vital, centrándose en la hidratación y alimentación, especialmente mediante el uso de gastrostomía percutánea (PEG), en los enfermos con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) demencias incluyendo enfermedad de Alzheimer y cáncer.

La revisión de los aspectos éticos de las medidas de soporte contiene una reflexión sobre los principios y su aplicación práctica, que da lugar a un repaso del consentimiento informado, el testamento vital y las decisiones subrogadas.

Se indica claramente la PEG como técnica idónea para la alimentación-hidratación de media y larga duración.

Se advierte sobre el uso de esta técnica en las "nursing homes", donde, al precisarse más tiempo de personal auxiliar para la ayuda diaria en las comidas (70 minutos/día) se podrían estar sobreprescribiendo las PEGs, cuyo cuidado requiere menos tiempo (20 minutos/día).

Comentario

Tanto la indicación como la retirada de la alimentación-hidratación artificiales presentan dilemas ético-legales relativos al consentimiento informado, instrucciones previas y decisiones subrogadas.

No hay discusión sobre la técnica, siendo de elección, cuando la duración previsible sea de semanas, la PEG.

Su utilidad es clara en el tratamiento de procesos agudos, como los ACVAs, y de la ELA, pero las pruebas son escasas en cuanto a las demencias avanzadas, en que ni demostró prolongar la vida, ni mejoró su calidad, requiriendo además el uso más frecuente de medios de contención.

En cuanto al papel de la hidratación en los enfermos

avanzados de cáncer, existen estudios que la relacionan con menor prevalencia de delirium y toxicidad opioide.

Palliative & Supportive Care

Revisor: Carlos Fernández Fraga, 06-10-2006
Centro de Saúde de Burela - LUGO

Rotación opioide desde morfina a metadona causa un pequeño pero no clínicamente significativo incremento del intervalo QTc: un estudio prospectivo de 9 meses de seguimiento.

Fredheim OM, Borchgrevink PC, Hegrehaes L, Kaasa S, Dale O, Klepstad P. Opioid switching from morphine to methadone causes a minor but not clinically significant increase in QTc time: a prospective 9-month follow-up study.

Diversos estudios retrospectivos sugieren que la metadona aumenta el intervalo QTc (intervalo QT corregido por la frecuencia cardiaca) y el riesgo de torsade de pointes. Este es un estudio prospectivo cuyo objetivo era estudiar el incremento en el QTc tras la rotación de morfina oral (de liberación retardada) a metadona. Se incluyeron 12 pacientes con dolor crónico no oncológico de la consulta de Dolor de un hospital universitario de Noruega que precisaron una rotación opioide por mal control del dolor o por presencia de efectos adversos.

La rotación se realizaba en tres días, con dosis equianalgésicas entre 4:1 a 6:1, dependiendo de la dosis previa de morfina, titulando la dosis de metadona en una semana y sin realizar cambios en otra medicación. Se realizó un ECG de 12 derivaciones antes de la rotación, a las 2 semanas y a los 3 y 9 meses midiendo el intervalo QT, RR y el QTc en la derivación II.

De los 12 pacientes iniciales, 4 volvieron a morfina antes del siguiente ECG, aunque no debido problemas cardiológicos, y un paciente volvió a morfina antes de los 3 meses por efectos adversos de la metadona (sudoración profusa). Las puntuaciones de dolor en una escala numérica de 11 puntos, bajaron en 2.9 (1-6). La dosis media de morfina oral diaria era 134 mg y la dosis media de metadona a las 2 semanas, 3 y 9 meses fue 51,56 y 57 mg respectivamente. El valor medio del intervalo QTc aumentó de 0,416 antes de la rotación a 0,436 a las 2 semanas de la rotación (cambio medio= 0,02; IC=0,007-0,032; p=0,01). Los cambios observados durante el seguimiento no fueron estadísticamente significativos (p=0,9).

Los autores concluyen que los datos obtenidos del estudio indican que el comienzo con dosis bajas de metadona oral produce un incremento leve y no clínicamente significativo del intervalo QTc y que éste permanece estable a lo largo del seguimiento. Finalmente, recomiendan realizar un estudio del QTc antes de iniciar metadona.

Comentario

Se trata de una serie pequeña de casos que aporta más datos sobre el efecto de la metadona sobre el intervalo QTc; se debe tener en cuenta que los pacientes del estudio son no oncológicos, son jóvenes en general (tienen una media de edad de 54,75 años) y habían seguido tratamiento con morfina previamente. Como se ha visto en otros estudios, los autores observan un discreto aumento del intervalo QTc no significativo clínicamente y que se mantiene estable a lo largo de los 9 meses de seguimiento. En el artículo los autores recogen la medicación que tomaban los pacientes ya que hay otros fármacos que incrementan el intervalo QTc y también deben ser tenidos en cuenta.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Ana de Santiago Ruiz, 06-10-2006
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

Factores predictores de supervivencia en el paciente oncológico en situación avanzada: Palliative Performance Status (pps), frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria.

De Miguel Sánchez C, Garrido S, Estirado A, Vicente F, García de la Rasilla C, López A, Otero A, García Olmos L.

Palliative Performance Status, Heart rate and respiratory rate as predictive factors of survival time in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 2006; 31:485-92.

El objetivo de este estudio es determinar qué síntomas clínicos, signos físicos y características que definen el estado funcional del paciente predicen la supervivencia en los pacientes oncológicos en situación terminal atendidos por un Equipo de Soporte de Atención a Domicilio (ESAD) de Madrid.

Se trata de un estudio analítico, longitudinal de tipo prospectivo. En cada visita se recogieron las variables referentes a los síntomas y signos clínicos y al estado funcional del paciente. Se siguió a estos pacientes al menos con visitas semanales hasta el fallecimiento.

Se realizaron un total de 250 valoraciones, oscilando entre 1 y 11 valoraciones por sujeto. La mediana de supervivencia es de 32 días (IC 95%, rango: 22-39), el mínimo de 1 y un máximo de 213 días, siendo la media de 42,37 días (IC 95%, 33.82-50.92).

En el análisis multivariado, se identifican 3 variables asociadas a la supervivencia independientemente: Palliative Performance Status (PPS) menor o igual a 50, frecuencia cardiaca mayor o igual a 100 l.p.m., frecuencia respiratoria mayor o igual a 24 r.p.m..

Comentario

A pesar del uso generalizado en la práctica clínica del

Índice de Karnofsky (IK) para valorar el performance status, se ha elegido el PPS descrito por Anderson et al, en 1996. El PPS es una modificación del IK. Por la experiencia clínica con pacientes terminales, la ingesta oral y el nivel de conciencia que no contempla el IK y sí contempla el PPS son dos factores importantes a la hora de medir el performance status. Por otra parte, el IK ha recibido críticas relativas a la ausencia de parámetros operacionales capaces de categorizar de forma gradual el trabajo y el autocuidado, la agregación no exhaustiva de los elementos de la escala, y la dificultad para ubicar dentro de la escala hasta el 35% de los pacientes. Resultaría conveniente validar estos resultados en otras poblaciones de pacientes con enfermedad oncológica en situación terminal en domicilio. No obstante, sería muy recomendable la utilización de manera generalizada del PPS en la atención diaria del paciente oncológico en situación terminal.

Cristina de Miguel Sánchez
Equipo de Soporte de Atención a Domicilio. Madrid

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: , 06-10-2006

Terri Schiavo y el uso de la hidratación-nutrición artificial. Comprensión desde la tradición católica de los cuidados en el final de la vida.

Paris JJ. Terri Schiavo and the use of artificial nutrition and fluids. Insights from the Catholic tradition on end of life care. Palliat Support Care. 2006; 4:117-120.

En los últimos días de la vida de Terri Schiavo, que permanecía en estado vegetativo persistente (EVP), sus padres, parte de la jerarquía católica, asociaciones pro-vida y algunos políticos, se opusieron a la decisión de su marido, que solicitaba la retirada de la hidratación-nutrición.

Invocaban el carácter sagrado de la vida humana, y se llegó a intentar una legislación específica para prohibirla, que un tribunal consideró inconstitucional.

En este contexto, John J. Paris, teólogo y sacerdote jesuita, profesor de bioética del Boston College y miembro de la Comisión Presidencial para el estudio de la ética en Medicina, recoge la doctrina de la Iglesia Católica en relación con las medidas de soporte en los enfermos avanzados y moribundos.

Para la Iglesia Católica la vida es un don divino que los humanos solamente administran. La vida es un bien, pero no el bien absoluto, que será la unión con Dios en la Vida Eterna.

El soporte doctrinal de los padres de Theresa Schiavo fueron las palabras del Papa Juan Pablo II, que en 2004 indicaba, refiriéndose a pacientes en EVP: "la administración de alimentos y agua, incluso si se hace con medios artificiales, siempre constituye un medio natural de

preservación de la vida, no un acto médico (...) y es por tanto moralmente obligatoria".

Por otro lado, en 1980 la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe emitió el documento "Declaración Sobre la Eutanasia", en que se insistía en que a nadie se podría obligar a continuar con la aplicación de técnicas de soporte penosas o con riesgos, y que por lo tanto rechazarlas no podría ser considerado suicidio o eutanasia, sino más bien como aceptación de la condición humana.

Comentario

En las personas con capacidad disminuida el papel de las voluntades previas y de las decisiones subrogadas es fundamental.

La posición de la Iglesia Católica no apoya un alargamiento de la vida "a cualquier precio", insistiendo más en la aplicación de medidas "proporcionadas" que en la distinción entre medidas ordinarias y extraordinarias de soporte vital.

Esto es también coherente con la posición católica en cuanto al "doble efecto" de ciertos fármacos, siendo la intención del tratamiento lo más relevante para su aceptabilidad moral.

Palliative Medicine

Revisor: Carlos Fernández Fraga, 07-10-2006
Centro de Saúde de Burela - LUGO

Tratamiento paliativo en pacientes con cáncer gastroesofágico inoperable.

Popat S, Lopez J, Chan S, Waters J, Cominos M, Rutter D, Hill M. Palliative treatments for patients with inoperable gastroesophageal cancers. Int J Palliat Nurs. 2006;12(7):306-17.

Algunos estudios ponen de manifiesto que un millón de muertes anuales en el mundo son causadas por cáncer de estómago y esófago. La incidencia ha aumentado en los últimos 30 años en Occidente. La media de supervivencia a los 5 años es de 10% en pacientes con tumores de esófago y un 20% en pacientes con tumores gástricos. Los síntomas más frecuentes en estos pacientes son la disfagia, dolor, obstrucción y hemorragia. Algunos tratamientos paliativos que pueden mejorar la calidad de vida de estos pacientes son procedimientos locales, radioterapia, quimioterapia, cirugía etc...

Entre los procedimientos locales el más utilizado es el stent metálico y está indicado para disfagia, obstrucción gástrica o fístula gastroesofágica. Esta técnica requiere una ligera sedación y se realiza en 20 minutos. Se ha descrito un 6% de complicaciones a corto plazo: perforación, dolor torácico, hemorragia, obstrucción o broncoaspiración. Las complicaciones a largo plazo no son infrecuentes y producen perforación, fístula, obstrucción por el tumor, impactación de comida, reflujo gastroesofágico, o emigración de la prótesis a otro sitio. Existe un stent con válvula antireflujo que se utiliza en tumores de la unión

gastroesofágica.

Otros procedimientos locales son la terapia con láser, la terapia de fotodinámica y la fotocoagulación. Se utilizan para aliviar la disfagia y reducir el tumor. La técnica de láser produce necrosis del tumor y se utiliza en tumores de menos de 6 cm localizados a nivel medio del esófago. Esta técnica es difícil de realizar y requiere varias sesiones. El edema que produce no hace que mejore la disfagia hasta dos semanas después del tratamiento. La terapia fotodinámica se realiza administrando fotosensibilizador endovenoso y a las 48 horas se aplica láser en el tumor. El alivio tampoco es inmediato. La técnica de fotocoagulación tiene la ventaja de que es más barata y segura que la técnica de láser. No se utiliza con mucha frecuencia por lo que se necesitan nuevos estudios para valorar su eficacia.

La quimioterapia puede beneficiar al paciente mejorando la disfagia, la hemorragia, dolor y puede mejorar el nivel de supervivencia de 6 meses.

La radioterapia se utiliza para reducir el tumor y mejorar problemas de disfagia, hemorragia y dolor. La braquiterapia está indicada para reducir el tumor y mejorar la disfagia.

Es una técnica bien tolerada, efectiva y segura. Se debe limitar la dosis de radiación aplicada porque altas dosis producen hasta un 42% de complicaciones como dolor retroesternal, odinofagia, esofagitis o fístula.

Algunos estudios que utilizaban la quimioradioterapia han demostrado mejor respuesta que radioterapia o quimioterapia solos, sin embargo se necesitan más estudios para comprobar la mejora de supervivencia.

La cirugía es otra opción de tratamiento paliativo con resección paliativa o bypass. Está indicada para el control de hemorragia o la obstrucción.

La elección de tratamientos paliativos para estos pacientes depende de los síntomas, preferencia y experiencia de estos tratamientos.

Comentario

El artículo presenta una amplia gama de tratamientos que pueden ser aplicados como tratamiento paliativo a pacientes con cáncer gastroduodenal. Al elegir un tratamiento u otro no podemos olvidar que el objetivo que tenemos con estos pacientes es el alivio de síntomas por lo que es necesario utilizar el que mejore su calidad de vida.

International Journal of Palliative Nursing

Revisor: Ana Carvajal Valcarcel, 04-10-2006
Clínica Universitaria de Navarra