

## **BIBLIOTECA TELEMÁTICA**

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



**28ª Entrega. Diciembre 2006**

# INDICE

Articulo	Pag.
¿Es inapropiado el uso de fentanilo transdérmico según las recomendaciones de la OMS y la EAPC? Estudio en pacientes con cáncer en Italia.	1
Evaluando el efecto de la radioterapia sobre las metástasis óseas dolorosas.	1
Ensayo clínico de distribución aleatoria, doble ciego y cruzado, sobre el efecto del oxígeno en la disnea de los pacientes con cáncer avanzado.	2
Estudio longitudinal sobre Cuidados Paliativos: evaluación del resultado por parte del paciente e impacto del desgaste de enfermos.	2
Evaluación del impacto de los síntomas y de la calidad de vida al final de la vida: papel de la respuesta de los familiares.	3
Diferencias entre el paciente y el médico al referir los síntomas de acuerdo con el NCI-CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events): resultados de un estudio realizado mediante cuestionario.	3
Los efectos adversos de la morfina: un estudio prospectivo de los síntomas frecuentes durante las dosis repetidas para el dolor crónico por cáncer.	4
Eficacia antidepressiva del fármaco antimuscarínico escopolamina.	5
Revisión sistemática: ¿Ha conseguido el CONSORT mejorar las presentaciones de los ensayos clínicos controlados con distribución aleatoria en las publicaciones sobre Cuidados Paliativos?	5
Empleo de opioides y supervivencia al final de la vida: una estimación en pacientes atendidos en Hospices.	6
Incorporando Cuidados Paliativos a un centro de cáncer canadiense: el programa de Cuidados Paliativos del hospital Princesa Margarita.	6
Factores pronósticos en pacientes con un diagnóstico reciente de neoplasia incurable. Revisión sistemática.	7
Pacientes con cáncer en progresión atendidos en un servicio de urgencias con síntomas agudos como que predice mortalidad a corto plazo.	7
Instrumentos de evaluación del dolor: ¿se adecuan en su contenido a Cuidados Paliativos?	8
La fotografía digital en una consulta generalista.	8
Hace falta documentar y definir mejor la reacción de llamarada tras la administración de radioterapia externa en metástasis óseas.	9
El ESAS como herramienta de detección de depresión y ansiedad.	9
Evolución psicológica desde el ingreso hospitalario hasta el fallecimiento en pacientes con cáncer hepático en situación terminal que no han sido informados en Japón.	10

### ¿Es inapropiado el uso de fentanilo transdérmico según las recomendaciones de la OMS y la EAPC? Estudio en pacientes con cáncer en Italia.

Ripamonti C, Fagnoni E, Campa T, Brunelli C, De Conno F. *Is the use of transdermal fentanyl inappropriate according to the WHO guidelines and the EAPC recommendations? A study of cancer patients in Italy. Support Care Cancer. 2006;14:400-407.*

Los objetivos del trabajo fueron: comprobar la frecuencia y los motivos por los cuales cambiaron la analgesia indicada por las guías de OMS, por fentanilo transdérmico así como revisar los índices de conversión utilizados para pasar de otros opioides a fentanilo.

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cáncer de Milan durante 2002 que recibieron tratamiento con parches de fentanilo por primera vez. Se analizaron variables relativas a: datos demográficos, neoplasia primaria, tipos de analgésicos recibidos, dosis y vía de administración y motivos del cambio de tratamiento (disfagia, náuseas, vómitos, estreñimiento severo, dolor incontrolado).

Los pacientes fueron divididos en 2 grupos: ingresados y ambulatorios. Los autores definieron como "uso inapropiado de fentanilo transdérmico" aquellas situaciones en las que el tratamiento previo fue un analgésico de primer escalón (antiinflamatorios no-esteroides) o segundo escalón (codeína y tramadol) si el paciente no presentaba síntomas como náuseas, vómitos, disfagia, estreñimiento (en estos casos se consideraba indicado el uso de morfina siguiendo las recomendaciones de la OMS y la EAPC).

Los resultados recogen datos de 98 pacientes. Edad media de 59,5. El 57% fueron varones. La neoplasia más frecuente en el grupo ambulatorio fue cáncer de mama y de cabeza y cuello entre los ingresados. Antes de empezar el tratamiento con parches de fentanilo un 44,1% de los no ingresados y un 25,8% de los ingresados tomaba tramadol y el 48,4% de los ingresados y el 20,6 % de los no ingresados fue tratado con morfina oral. Un 88,7% de los pacientes no ingresados y un 69,7% de los ingresados tomaba la medicación vía oral y el 18,2% de los ingresados y el 1,6% de los ambulatorios utilizaba la vía parenteral. La causa más frecuente del cambio de tratamiento fue dolor no controlado en el 57,1% de los no ingresados y en el 62,9% de los ingresados. Los síntomas como náuseas y vómitos fueron la causa del cambio en un 22,9% de los pacientes ingresados y en un 14,3 % de los no ingresados, disfagia en el 22,9% de los ingresados y el 14,3 % de los ambulatorios y estreñimiento en el 2,9 % de los ingresados y el 4,8% de los no ingresados. En el 29% de los pacientes no ingresados y 53% de los ingresados la modificación del tratamiento se consideró "inadecuada" según las definiciones de la OMS y la EAPC.

En la discusión los autores analizan posibles causas del rápido incremento del uso de los parches de fentanilo. No existiendo datos que nos aporten evidencias serias en torno al opioide de primera elección datos como la comodidad o el costo sanitario deberían ser argumentos de peso. También señalan la necesidad de un estudio bien diseñado, prospectivo y sin patrocinador que compare diferentes

analgésicos frente a parches de fentanilo y evalúe: fármaco de inicio, tolerancia, ajuste de dosis y dosis de rescate necesaria para alcanzar el efecto deseado.

#### Comentario

Según las recomendaciones de la OMS, los opioides son el fármaco de elección en el tratamiento de dolor moderado-severo. Actualmente y con mucha frecuencia se emplea fentanilo transdérmico como tratamiento opioide. Según las guías de la EAPC el fentanilo transdérmico es una alternativa a la morfina oral muy efectiva, pero debería reservarse para los pacientes clínicamente estables. Su ventaja principal es la posibilidad de uso en enfermos con compromiso de la vía oral. Por otra parte la IAHPC recomienda "que la mejor vía para administración de los analgésicos es la vía oral en su relación coste-beneficio".

Dr. Mindaugas Gudelis

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 16-10-2006  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### Evaluando el efecto de la radioterapia sobre las metástasis óseas dolorosas.

*Mercadante S. Scoring the effect of radiotherapy for painful bone metastases. Support Care Cancer 2006;14:967-69.*

Este trabajo recoge una nota clínica que sirve para ilustrar la dificultad con la que nos encontramos los clínicos a la hora de evaluar el efecto de la radioterapia antiálgica sobre metástasis óseas dolorosas. Señala la dificultad metodológica de definir "respuesta del dolor". En algunos trabajos se propone el alivio del dolor medido por el paciente junto con la reducción en el consumo de analgésicos como los parámetros más adecuados para valorar la respuesta a la RT. Pero la existencia de múltiples focos metastásicos que pueden producir dolor de forma consecutiva dificulta la evaluación de la intervención de RT sobre una zona. El autor propone como criterio de evaluación de respuesta: intensidad del dolor, consumo de opioides pautados de forma fija y consumo de opioides a demanda.

Para ilustrar su tesis, Sebastiano Mercadante nos ofrece un caso clínico que requirió una rápida escalada de Morfina EV para control del dolor y una progresiva reducción tras RT por sobredosis.

#### Comentario

Desde mi punto de vista es un trabajo sencillo pero interesante que profundiza en los sistemas de evaluación de una intervención, desde una visión amplia.

## Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 16-10-2006  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

**Ensayo clínico de distribución aleatoria, doble ciego y cruzado, sobre el efecto del oxígeno en la disnea de los pacientes con cáncer avanzado.**

*Philip J, Gold M, Milner A, Di Iulio J, Miller B, Spruyt O. A randomized, double-blind, crossover trial of the effect of oxygen on dyspnea in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2006; 32: 541-50.*

Para ayudar a conocer si el tratamiento con oxígeno alivia la disnea del enfermo oncológico avanzado más que el aire, se incluyen 51 pacientes con disnea debida al cáncer y de una intensidad de al menos 3 puntos (mediana: 4,5; EVA 0-10); todos ellos habían sido tratados previamente con oxígeno de manera intermitente. Se empleó una asignación aleatoria doble ciego con diseño cruzado para que todos los pacientes recibieran (en diferente orden) las dos opciones de tratamiento (aire y oxígeno). La disnea se evaluó mediante EVA y con una valoración verbal categórica. Se midió también la saturación de oxígeno antes y después de los tratamientos. Los pacientes recibieron durante 15 minutos oxígeno o aire normal a través de gafas nasales con un flujo de 4 litros por minuto, tras lo que se valoraron los cambios en la intensidad de la disnea y en la saturación de oxígeno. 30 minutos más tarde se realizaba el cruce al otro tratamiento. Por último se solicitó tanto al paciente como al médico que eligieran el tratamiento que preferían. Las dos opciones se asociaron a un alivio similar, con una reducción media en la intensidad de la disnea (EVA 0-10) de 0,87 con aire y 1,05 con oxígeno ( $p = 0,62$ ). En la valoración categórica, refirieron mejoría 21 (41%) con aire y 17 (33%) con oxígeno ( $p = 0,41$ ). Esta tendencia a la semejanza en el efecto de los dos tratamientos sobre la disnea se apreció también en el subgrupo de enfermos con hipoxemia, y eso a pesar de que de promedio la saturación mejoró un 10% cuando recibían oxígeno. En cuanto a las preferencias, 21 pacientes (41%) eligieron oxígeno y 15 (29%) aire ( $p = 0,35$ ).

### Comentario

Con todas las limitaciones de este tipo de estudios, los resultados cuestionan de nuevo el posible efecto del oxígeno en la disnea del paciente con cáncer avanzado. Hasta ahora se respetaba la idea de que este oxígeno sí que podía ser eficaz, al menos en los enfermos hipóxicos. Sin embargo, los resultados de este ensayo, que es el que incluye más pacientes de todos los que han pretendido resolver estas cuestiones, no la respaldan. Y hace suponer que parte del beneficio puede proceder del efecto que produce el aire cuando se emplea con gafas nasales, es decir, la seguridad de verse atendido y de estar recibiendo

un tratamiento diferente de las pastillas y el notar el contacto del flujo de aire. El problema es que, aunque resulte paradójico, a día de hoy resulta más sencillo facilitar el tratamiento con oxígeno por gafas nasales que con aire. Y, además, la inercia de tantos años que nos va a llevar a seguir empleando el oxígeno es muy fuerte.

## Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 11-12-2006  
Hospital Universitario del Río Hortega

**Estudio longitudinal sobre Cuidados Paliativos: evaluación del resultado por parte del paciente e impacto del desgaste de enfermos.**

*Stromgren AS, Sjogren P, Goldschmidt D, Petersen MA, Pedersen L, Hoermann L, et al. A longitudinal study of palliative care: patient-evaluated outcome and impact of attrition. Cancer 2005; 103: 1747-55.*

En este estudio se analizan los resultados de 175 enfermos oncológicos remitidos a una Unidad de Cuidados Paliativos a lo largo de dos años que entraron en un estudio de seguimiento siendo atendidos por una Unidad específica. La mediana del índice de Karnofsky a la entrada en el estudio era del 40%; la mediana de supervivencia del grupo fue de 35 días. El estudio consistía en describir la situación de los pacientes de manera semanal durante un máximo de 13 semanas, aunque en este trabajo sólo se analizan los datos de las tres primeras. Se emplearon los cuestionarios QLQ-C30, ESAS, HADS, MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory) y Mini-Mental, el paciente podía rellenar (completamente o de manera parcial) sólo uno de estos cuestionarios o todos ellos, por sí solo o con ayuda. El no haber respondido a los cuestionarios una semana no impedía que el paciente fuera evaluado de nuevo la semana siguiente si se encontraba en condiciones. Más del 40% necesitaron ayuda para rellenar los cuestionarios. Al cabo de una semana continuaban en el estudio 142 pacientes (81%), al cabo de dos 119 (68%) y a las tres semanas sólo 95 (54%). La evaluación a veces es difícil de interpretar ya que los resultados de los diferentes cuestionarios no son del todo uniformes. Aun así, se aprecia que el dolor, la hiporexia, las náuseas y los vómitos, el insomnio y el estreñimiento mejoraron. Los pacientes que salieron antes del estudio tenían al inicio síntomas más intensos y, a lo largo de la evolución, sufrieron un deterioro más marcado del estado general. La intensidad y la mejoría del dolor fue similar entre los que salieron del estudio y los que no, sin embargo, en el caso de la disnea, los que abandonaron el estudio referían tanto una mayor intensidad como una tendencia más evidente a la progresión del síntoma.

### Comentario

El estudio longitudinal muestra que hay una serie de síntomas (dolor, hiporexia, náuseas y vómitos, insomnio,

estreñimiento) que mejoran cuando el paciente con cáncer avanzado es atendido en una Unidad de Cuidados Paliativos. Sin embargo, hay otros en que esta respuesta no aparece con tanta claridad (astenia, disnea, desánimo...). Al inicio del estudio, la proporción de pérdidas de pacientes se sitúa entre el 15% y el 20% por semana. Si se hubiese empleado un criterio más estricto en que sólo continuaran en el estudio los enfermos que respondieran cada siete días, al cabo de una semana sólo hubiesen seguido 131, al cabo de dos 98 y a las tres semanas sólo 76, con lo que durante el primer mes la proporción semanal de pérdidas subiría a cerca del 25%, es decir, uno de cada cuatro de los que responden los cuestionarios dejaría el estudio en la semana siguiente. Una población de pacientes en una situación tan avanzada supone una proporción de pérdidas muy fuerte que debilita las conclusiones de cualquier estudio. Este sesgo de desgaste (attrition bias) afecta principalmente a los enfermos con mayor carga de síntomas al inicio y con mayor deterioro del estado general durante el seguimiento. E igual que influye en la evaluación de problemas como la disnea, hay otros, como la respuesta del dolor, en que los resultados no se ven tan afectados.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 22-10-2006  
Hospital Universitario del Río Hortega

### **Evaluación del impacto de los síntomas y de la calidad de vida al final de la vida: papel de la respuesta de los familiares.**

*Kutner JS, Bryant LL, Beaty BL, Fairclough DL. Symptom distress and quality-of-life assessment at the end of life: the role of proxy response. J Pain Symptom Manage 2006; 32: 300-10.*

Este trabajo pretende conocer qué relación existe en el modo en que los pacientes oncológicos avanzados, sus familiares y el personal sanitario refieren el impacto de los síntomas y la calidad de vida. Participan 86 pacientes con sus 86 enfermeras respectivas, pero sólo entran 49 familiares lo que supone que el 43% de los pacientes no tuvieron un familiar en el estudio. Se emplearon la Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) y el McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL), que se completaron al entrar en la unidad, al cabo de una y de dos semanas y después cada mes hasta el fallecimiento o el alta. La proporción de pérdidas de pacientes (y de familiares) fue elevada, cercana al 20% en cada visita. Las puntuaciones de pacientes y familiares fueron en conjunto muy similares en cuanto al impacto físico y psicoemocional de los síntomas. Se encontró una variabilidad mayor en la evaluación de la calidad de vida, en que el paciente hizo una valoración más positiva que la enfermera o el familiar. Estas características generales se mantuvieron a lo largo del seguimiento. Sin embargo, en lo que se refiere al paralelismo de los resultados por parejas (paciente-enfermera o paciente-familiar) y no a la valoración global de los resultados, en

pocos casos se alcanzó lo que se consideraba una buena correlación (coeficiente de 0,6). La correlación fue baja en cuanto al impacto físico y psicoemocional de los síntomas, especialmente en el caso de la astenia, y sólo mostró un valor cercano a 0,6 en el dolor. Sin embargo, en cuanto a la calidad de vida la correlación fue algo mayor, especialmente entre paciente y enfermera, donde alcanzó valores de 0,6 en su valoración global y en el bienestar existencial.

### **Comentario**

En conjunto, se aprecia que en la valoración global (de los síntomas y de la calidad de vida) de un grupo de pacientes, los datos que nos pueden dar las enfermeras o los cuidadores son bastante fiables, aunque tanto la enfermera como los cuidadores hacen una evaluación de la calidad de vida algo más negativa que la del paciente. Sin embargo, esta fiabilidad se reduce cuando lo que se pretende conocer es cómo se siente un paciente en concreto a través de las impresiones de la enfermera que lo cuida o de su familiar. En este caso las diferencias pueden ser importantes, si bien estas desviaciones parece que se compensan con los sesgos de los demás pacientes al hacer una estimación global. En contra del criterio de los autores, que ven como razonable que la valoración de los síntomas y de la calidad de vida del paciente la pueda realizar cualquiera de las personas que lo atienden, el sesgo individual que muestra este estudio hace que esta propuesta no parezca demasiado prudente.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 22-10-2006  
Hospital Universitario del Río Hortega

### **Diferencias entre el paciente y el médico al referir los síntomas de acuerdo con el NCI-CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events): resultados de un estudio realizado mediante cuestionario.**

*Basch E, Iasonos A, McDonough T, Barz A, Culkin A, Kris MG, et al. Patient versus clinician symptom reporting using the National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events: results of a questionnaire-based study. Lancet Oncol. 2006;7:903-9.*

Los Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE; criterios terminológicos comunes sobre efectos adversos) del National Cancer Institute (NCI) se aceptan como el instrumento de referencia para evaluar los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos en ensayos clínicos. A diferencia de los cuestionarios que evalúan síntomas en el cáncer avanzado o algunos de los que miden la calidad de vida, el CTCAE lo suele completar el personal sanitario, sobre todo los médicos. En este estudio

se compara la diferencia en la intensidad de los síntomas registrados en el CTCAE según los refiera el personal sanitario o el paciente. Participan en el estudio por una parte 400 pacientes oncológicos (200 con tumores torácicos, principalmente cáncer de pulmón no microcítico, y 200 con tumores urológicos, sobre todo cáncer de próstata), de los que el 76% recibe tratamiento oncológico activo (40% quimioterapia), y por otra su personal sanitario correspondiente (médico o enfermera). Se les facilitó a los enfermos un cuestionario, adaptado del CTCAE (versión 3.0), que incluía siete problemas generales (dolor, náuseas, vómitos, astenia, estreñimiento, diarrea, hiporexia) y, en función del diagnóstico, otros dos relativos a tumores de origen torácico (disnea, tos) o urológico (sofocos y polaquiuria urinaria). No hubo grandes diferencias al evaluar los diferentes problemas. El acuerdo fue mayor en los más fáciles de objetivar, en los que el paciente y el personal sanitario señalaban la misma intensidad en una proporción situada entre el 67% (tos) y el 93% (vómitos) de los casos. En los problemas más subjetivos, sin embargo, el acuerdo en cuanto a la intensidad bajó hasta situarse entre el 48% (astenia) y el 83% (náuseas). La tendencia fue que el paciente refiriera una intensidad mayor que el personal sanitario, aunque la proporción de los enfermos que señalaban una intensidad superior en dos o más puntos a la referida por el personal sanitario (en una escala de uno a cuatro) no superó el 10% en ninguno de los problemas.

## Comentario

En Cuidados Paliativos la tendencia es que sea el propio paciente el que evalúe la intensidad de sus diferentes problemas. Este estudio está realizado en el contexto del enfermo oncológico que recibe tratamiento activo antineoplásico. Pero el dato de que la intensidad de los problemas es relativamente similar si los evalúa el médico y si lo hace el paciente es útil. Y, del mismo modo que igual que los autores sugieren una participación más activa por parte del enfermo en la valoración de sus problemas, también se podría plantear que una manera de quitarle cargas al enfermo sería la de incidir algo más en la evaluación de los problemas por parte del personal sanitario ya que esto no parece afectar de manera relevante a la fiabilidad de los datos.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 31-10-2006  
Hospital Universitario del Río Hortega

**Los efectos adversos de la morfina: un estudio prospectivo de los síntomas frecuentes durante las dosis repetidas para el dolor crónico por cáncer.**

*Glare P, Walsh D, Sheehan D. The adverse effects of morphine: a prospective survey of common symptoms*

*during repeated dosing for chronic cancer pain. Am J Hospice Palliat Med 2006; 23: 229-235.*

Se trata de un estudio observacional prospectivo destinado a evaluar los efectos secundarios de la morfina en pacientes con cáncer que reciben dicho fármaco en dosis repetidas y regulares. Para ello, se diseñó un cuestionario con 33 preguntas en las que figuraban distintos síntomas, de forma que el paciente refería si tenía esos síntomas y los calificaba de leves, moderados o graves. Este cuestionario se cumplimentó semanalmente durante 4 semanas consecutivas (en pacientes ambulatorios se hacía por vía telefónica).

Se incluyeron 42 pacientes, de los cuales 30 completaron los 4 cuestionarios. La mediana de dosis de morfina expresada como "equivalentes orales" fue de 237 mg. diarios (144 mg. al inicio del estudio). Los síntomas más frecuentes fueron la sequedad bucal, la somnolencia, el estreñimiento y las mioclonías, con prevalencias mayores del 80%. Todos ellos salvo las mioclonías tuvieron una intensidad de grado moderado o severo en más de la mitad. Sin embargo, estos cuatro síntomas fueron "persistentes" (o sea, se mantuvieron durante todo el periodo del estudio) en una proporción baja (menos del 20%). Las náuseas fueron infrecuentes (menos del 50%), de carácter leve y transitorio en su mayoría. El estreñimiento, la sequedad bucal y las alucinaciones se incrementaron con la edad del paciente, mientras que las mioclonías y la dificultad urinaria fueron más frecuentes en jóvenes. Se observó una tendencia, sin llegar a la significación estadística, a presentar mayor frecuencia de náuseas, mioclonías y mareos cuanto mayor era la dosis de morfina.

## Comentario

De forma global, la incidencia de síntomas que obtienen los autores es similar a la de otros estudios, aunque es destacable la baja frecuencia de náuseas y la alta de mioclonías. Hay que señalar que no se usa un cuestionario validado, y que muchos de los síntomas que miden pueden deberse al propio cáncer, al uso de otros fármacos o a enfermedades concomitantes. Aunque refieren que hubo mayor prevalencia de síntomas con morfina parenteral, no se describen las distintas vías de administración y su proporción dentro de la muestra. Tampoco figuran los síntomas que presentaban los pacientes antes de iniciarse el tratamiento con morfina. Pese a estas limitaciones, este estudio, calificado de piloto por sus autores, nos da una visión sobre la toxicidad de la morfina en la práctica habitual, confirmando la seguridad de su uso crónico en el dolor por cáncer.

American Journal of Hospice and Palliative Medicine

**Revisor:** José Javier De-Arriba Méndez, 02-11-2006  
Unidad de Medicina Paliativa. Hospital N. S. Perpetuo Socorro. Albacete

**Eficacia antidepresiva del fármaco antimuscarínico escopolamina.**

*Furey ML, Drevets WC. Antidepressant efficacy of the antimuscarinic drug scopolamine. Arch Gen Psychiatry. 2006; 63:1121-1129.*

El estudio, realizado en el National Institute of Mental Health de Estados Unidos, es un ensayo aleatorizado controlado con placebo, de diseño cruzado, cuyo objetivo es evaluar la eficacia antidepresiva de la escopolamina en pacientes con trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar según los criterios DSM-IV. Tras un primer estudio en que se determinó la dosis que se iba a emplear (y que fue de 4 microgramos/kilogramo de peso), se aleatorizaron 19 pacientes en dos grupos: uno recibió tres sesiones de escopolamina vía intravenosa seguidas de otras tres de placebo, mientras que el otro grupo recibió placebo en las tres primeras sesiones y escopolamina en las otras tres. Cada sesión estaba separada de la siguiente por 3 ó 4 días, y los dos grupos recibieron una sesión "basal" con placebo. Las variables principales del estudio fueron las puntuaciones de dos escalas, la Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale, determinadas al inicio de cada infusión, incluida la basal. Otras escalas valoraron distintos aspectos: mejoría global, perfil de estado de ánimo y efectos secundarios durante la infusión y hasta tres horas después, etc. Un paciente se retiró tras la infusión basal, quedando 9 pacientes en cada grupo. Se observó una importante reducción en la puntuación de las dos escalas en los pacientes que recibieron escopolamina respecto a los que recibieron placebo. En el grupo que empezaba por placebo no se observó diferencia respecto a la puntuación basal hasta que no empezó con la escopolamina. En el grupo que empezaba por escopolamina, la respuesta se vio desde la primera infusión, y se mantuvo durante la fase de placebo. Las respuestas fueron similares en pacientes con trastorno depresivo mayor y con trastorno bipolar. La escopolamina se toleró bien; los efectos adversos más frecuentes fueron mareo, sequedad bucal y visión borrosa.

**Comentario**

Aunque el estudio no está relacionado directamente con los cuidados paliativos, me ha parecido muy interesante, dada la alta frecuencia de depresión en nuestros pacientes, y la necesidad de fármacos que actúen con rapidez. Los resultados del ensayo son sorprendentes: desde el inicio del tratamiento con escopolamina se obtiene una respuesta cuya magnitud, según los autores, duplica o triplica la observada en la mayoría de los ensayos sobre medicación antidepresiva. Y todo ello con un fármaco muy usado en cuidados paliativos, aunque con otras finalidades. De todas formas, el tamaño muestral es muy pequeño (sólo 9 pacientes por cada rama; no se llegó al tamaño calculado previamente), no hay un seguimiento para ver cuánto dura el efecto producido, y el esquema de administración es muy poco práctico. Aun así, los resultados obtenidos justificarían un ensayo con mayor tamaño muestral, que probase otros esquemas de administración y que estudiase el efecto a más largo plazo.

Otras revistas

**Revisor:** José Javier De-Arriba Méndez, 02-11-2006  
Unidad de Medicina Paliativa. Hospital N. S. Perpetuo Socorro. Albacete

**Revisión sistemática: ¿Ha conseguido el CONSORT mejorar las presentaciones de los ensayos clínicos controlados con distribución aleatoria en las publicaciones sobre Cuidados Paliativos?**

*Piggott M, McGee H, Feuer D. Has CONSORT improved the reporting of randomized controlled trials in the palliative care literature? A systematic review. Palliat Med 2004; 18: 32-8.*

La primera versión del protocolo CONSORT, dirigido a mejorar la calidad de la publicación de los resultados en ensayos clínicos de distribución aleatoria, se publicó en 1996. La versión revisada se presentó en 2001. En este trabajo se analiza, mediante un guión basado en las recomendaciones CONSORT, la calidad de los ensayos sobre Cuidados Paliativos publicados entre 1984 y 2000 en Palliative Medicine, y Journal of Pain and Symptom Management. No se incluyen datos de una tercera revista, American Journal of Hospice and Palliative Care, porque en ella no se encontró ninguno. Se identificaron en total 93 ensayos clínicos. 59 (63%) se referían a pacientes oncológicos y también 59 (63%) al tratamiento del dolor. Se aprecia un aumento progresivo del número de ensayos publicados con el paso de los años: 9 entre 1986 y 1990, 37 entre 1991 y 1995, 47 entre 1996 y 2000. Tan sólo 15 estudios (16%) incluyen al menos cien pacientes, si bien tanto el número de enfermos incluidos aumenta asimismo con el paso de los años. En menos del 30% de los ensayos se podía confirmar que se llevó a cabo un cálculo del poder del estudio, una verdadera distribución aleatoria, la ocultación del tipo de tratamiento o se llevó a cabo un análisis según la intención de tratamiento. Si bien, con el paso del tiempo parece aumentar la tendencia a presentar datos sobre el modo de ocultar el tipo de tratamiento asignado. Otras recomendaciones CONSORT en que también se aprecia una mejoría en los últimos años han sido: incluir el término de distribución aleatoria en el título del trabajo, emplear un diagrama de flujos y presentar una tabla comparativa de las características de los pacientes. Los ensayos sobre dolor tienden a presentar con mayor el estudio como "ciego" y a presentar datos del análisis por intención de tratamiento. Pero no suelen dar datos que confirmen que la distribución de los pacientes se realizó al azar o que se ocultó realmente el tipo de tratamiento, y presentan también menos diagramas de flujos.

**Comentario**

¿En qué medida los ensayos clínicos en Cuidados Paliativos deben adaptarse también a los criterios CONSORT? La respuesta no es muy concreta: en la medida de lo posible. Hay recomendaciones CONSORT que sí son factibles en el ámbito de los Cuidados Paliativos cuando se trabaja con interés y con constancia. Pero también hay criterios que son difíciles de cumplir cuando se incluyen pacientes terminales. Como línea de trabajo, lo prudente sería proponer cumplir con los parámetros de calidad que respaldan la validez y la consistencia interna del estudio (honestidad y claridad en el desarrollo del trabajo). Sin embargo, de aquellos que son más difíciles y que afectan más a la validez externa (capacidad de extrapolar los resultados) y la seriedad formal del estudio, habría que intentar cubrir los que tengan más peso metodológico, los que se puedan llevar a cabo sin que intervenga el enfermo y los que no supongan mayor riesgo para el paciente.

Palliative Medicine

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 06-11-2006  
Hospital Universitario del Río Hortega

### **Empleo de opioides y supervivencia al final de la vida: una estimación en pacientes atendidos en Hospices.**

*Portenoy RK, Sibirceva U, Smout R, et al. Opioid use and survival at the end of life: a survey of a Hospice population. J Pain Symptom Manage 2006; 32: 532-40.*

Se ha planteado que el empleo de opioides pudiera acortar la expectativa de vida de los pacientes en situación terminal. Este estudio intenta conocer el impacto real del empleo de opioides en la supervivencia de 725 enfermos (42% oncológicos), con una media de edad de 77 años, atendidos en Hospices en que fue preciso realizar algún ajuste en la dosis de opioide. En el conjunto de los pacientes, la dosis media equivalente de morfina oral diaria fue de 500 mg y la mediana de supervivencia desde el último cambio de dosis, de 5 días (media: 12 días). La dosis media equivalente de morfina oral diaria previa al fallecimiento se redujo en una media de 120 mg en relación con la dosis máxima administrada durante la estancia en el Hospice. En los 640 (88%) pacientes que recibieron una dosis media equivalente de morfina oral diaria inferior a 600 mg se encontró asociación entre una menor supervivencia y empleo de dosis más altas de opioides (pero no el cambio de dosis), el cáncer como enfermedad de base, el deterioro del nivel de conciencia y el dolor severo. Aun así, de acuerdo con el modelo del análisis multivariante, estos factores explican menos del 10% de la variancia en la supervivencia.

**Comentario**

La fuerza del estudio proviene, sobre todo, del número de pacientes, que permite dar fuerza estadística a los resultados. Aun así, no se puede considerar que los resultados sean concluyentes. Por una parte, se analizan los pacientes que reciben dosis equivalentes de opioides inferiores a 600 mg de morfina oral diaria ya que no se habían encontrado diferencias globales en la supervivencia entre este grupo y el 12% de pacientes que recibían dosis mayores. Y, por otra, ya que la dosis de opioide suele guardar relación con la severidad de los problemas, es posible que al evaluar esta dosis lo que se esté haciendo es hacer una estimación global del deterioro y de los problemas del paciente, con lo que sería difícil decir con cuál de estas cuestiones se relaciona realmente la supervivencia. Tampoco se hace un análisis específico para conocer si la tendencia es la misma en enfermos oncológicos y no oncológicos. Ni se valoran posibles interacciones como, por ejemplo, del empleo de opioides en pacientes con disminución del nivel de conciencia. Igual que no se ha llevado a cabo un control de calidad del uso de opioides: indicación, ajustes de dosis o control de efectos secundarios... para conocer en qué medida el problema pudiera estar en que no se optimiza su empleo. Y todo ello sin considerar que en los últimos días del paciente las dosis tienden a reducirse. En todo caso, la estimación estadística de la influencia que pudiera tener la dosis de opioide en la supervivencia es realmente escasa. En conclusión, se podría decir que es posible que el empleo de opioides pueda afectar la expectativa de vida en enfermos en situación terminal, pero a día de hoy aún no está claro.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 12-12-2006  
Hospital Universitario del Río Hortega

### **Incorporando Cuidados Paliativos a un centro de cáncer canadiense: el programa de Cuidados Paliativos del hospital Princesa Margarita.**

*Zimmermann C, Seccareccia D, Clarke A, Warr D, Rodin G. Bringing Palliative Care to a Canadian cancer center: the palliative care program at Princess Margaret Hospital. Support Care Cancer 2006;14:982-987.*

El artículo describe el desarrollo de un programa de Cuidados Paliativos (CP) en un hospital terciario a partir del germen de un equipo de soporte. El hospital en cuestión es un referente mundial tanto a nivel asistencial como en investigación y docencia en cáncer con más de 10.000 enfermos por año.

En la actualidad el programa de CP cuenta con una unidad de ingreso, interconsultas hospitalarias y consultas externas. Se presenta el grado de conexión con el resto de recursos de CP en el área de influencia tanto domiciliarios como de tipo socio-sanitario.

**Comentario**

Se trata de un trabajo descriptivo sobre un programa que sin ser originariamente un modelo integrado trabaja por alcanzar una asistencia en red mediante la unión de sinergias de todos los implicados.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 14-12-2006  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

**Factores pronósticos en pacientes con un diagnóstico reciente de neoplasia incurable. Revisión sistemática.**

*Hauser CA, Stockler MR, Tattersall MHN. Prognostic factors in patients with recently diagnosed incurable cancer: a systematic review. Support Care Cancer 2006;14:999-1011.*

Los autores abordan una revisión de la literatura sobre artículos de Medline comprendidos entre 2000 y 2003. Las palabras de búsqueda incluían: "advanced or terminal or palliative or incurable" y "cancer" y "prognostic or live expectancy or survival or predict or forecast". Entre los criterios de inclusión señalan: series con edad superior a 18 años; menos del 10% de pacientes con enfermedades oncohematológicas y supervivencia entre 3 y 24 meses. Analizan variables de tipo clínico, analítico y de tratamiento. Con estos criterios estudiaron 53 trabajos. Las variables pronósticas las dividieron en cuatro categorías: propias del huésped, propias del tumor, propias del tratamiento y por interacción de huésped-tumor y tratamiento.

Los autores señalan como resultados de su estudio que las variables asociadas significativamente a una menor supervivencia fueron:

- Huésped: comorbilidad
- Tumor: Neoplasia pulmonar; presencia de metástasis en hígado, SNC y viscerales; el grado de extensión de la neoplasia
- Interacción: síntomas como anorexia y caquexia, disnea, dolor, pérdida funcional y pérdida de la sensación de bienestar. Presencia de anemia; presencia de trombocitopenia; hipalbuminemia y aumento de LDH y fosfatasa alcalina.
- Respecto al tratamiento: no señalan ninguna asociación significativa

La edad no resultó una variable significativa y el sexo sólo fue significativo en el caso del cáncer de pulmón ya que los hombres viven menos.

**Comentario**

Se trata de un trabajo peculiar, una revisión de la literatura buscando relaciones significativas con la supervivencia, que no es un metanálisis ni realiza una aproximación crítica a los estudios revisados. Llama especialmente la atención la

escasa referencia a los tratamientos con quimioterapia y su relación o no con la supervivencia. Este dato se presenta en una escueta tabla, poco clara y sobre la que no se hace mención en la discusión.

Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 14-12-2006  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

**Pacientes con cáncer en progresión atendidos en un servicio de urgencias con síntomas agudos como que predice mortalidad a corto plazo.**

*Geraci JM, Tsang W, Valdres RV, Escalante CP. Progressive disease in patients with cancer presenting to an emergency room with acute symptoms predicts short-term mortality. Support Care Cancer 2006; 14:1038-45.*

Se trata de un estudio retrospectivo de cohortes para determinar si la presencia de una neoplasia en progresión es un predictor independiente de mortalidad a corto plazo en el caso de pacientes con síntomas agudos que acuden a un servicio de urgencias. El método utilizado es la revisión de 396 historias clínicas de pacientes oncológicos atendidos en urgencias en 1 mes. Las variables recogidas fueron: síntomas, tipo y extensión de la neoplasia y estabilidad o progresión del cáncer. El análisis estadístico empleado es el de riesgos relativos de cox para supervivencias de 14, 90 y 180 días.

Como resultados destacan que la edad media de los pacientes estudiados era de 56 (14-96) con un 51% de mujeres. El 74% eran residentes en Texas. Un tercio correspondían a enfermedades oncohematológicas. El 17% presentaban disnea; el 24% presentaban evidencias de progresión en el momento de la visita a urgencias. En el 11% de casos su estado funcional puntuaba 3-4 en la escala de Zubrod (más del 50% del tiempo de actividad encamado o en sedestación). Un 5% murió en los siguientes 14 días; un 22% en 90 días y un 30% en 180 días. En los casos de enfermos con neoplasias en progresión fueron significativas las relaciones con: presencia de metástasis, fiebre, y descompensación hiper/hipo-tensión arterial. Síntomas como disnea o náuseas y vómitos o astenia no presentaron una relación significativa con los casos de cáncer en progresión. En la discusión los autores señalan la relación entre la presencia de síntomas agudos que motivan atención urgente, progresión oncológica y mortalidad a corto plazo como un posible indicador de derivación a Cuidados Paliativos para una intervención más precoz.

**Comentario**

Con las limitaciones propias de un trabajo retrospectivo y de cohorte me parece un trabajo interesante.

## Supportive Care in Cancer

**Revisor:** María Nabal Vicuña, 14-12-2006  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

### Instrumentos de evaluación del dolor: ¿se adecuan en su contenido a Cuidados Paliativos?

*Holen JC, Hjermstad MJ, Loge JH, Fayers PM, Caraceni A, De Conno F et al. Pain assessment tools: is the content appropriate for use in palliative care? J Pain Symptom Manage 2006; 32: 567-80.*

Los instrumentos que se emplean en Cuidados Paliativos para la evaluación del dolor pueden resultar poco prácticos por no cubrir todos los perfiles relevantes del dolor o por ser excesivamente complejos. En este estudio se lleva a cabo una búsqueda sistemática de los instrumentos que se emplean para evaluar el dolor en el paciente oncológico. Para artículos y ensayos clínicos, se estudiaron las bases de datos Medline (y Ovid-Medline), Cancerlit, Psychinfo, Cinahl y Cochrane y, para libros, la base de datos Bibsys. Una vez definidos los instrumentos, se analizan para conocer si su perfil y su contenido son adecuados para evaluar el dolor oncológico en Cuidados Paliativos. Se encontraron 80 instrumentos: 48 eran específicos para el dolor y 32 (40%) eran instrumentos generales o relativos a la calidad de vida. El análisis de los trabajos lo llevó a cabo un panel de seis expertos. Se encontraron 1011 cuestiones diferentes que englobaban diez dimensiones principales del dolor. Estas dimensiones fueron: intensidad, evolución en el tiempo, factores que influyen en su intensidad, localización, repercusión en la calidad de vida, tipo (componente sensorial), componente emocional, duración, actitud (afrentamiento) y experiencias previas. Las cinco primeras dimensiones fueron las que se consideraron como más relevantes en Cuidados Paliativos. En cuanto a la representación de estas cinco dimensiones en los diferentes instrumentos, se encontró que 138 (14%) cuestiones se referían a la intensidad, 29 (3%) a la evolución en el tiempo (incluido el dolor irruptivo), 85 (8%) al tratamiento (factores que influyen en la intensidad), 93 (9%) a la localización y 231 (23%) a la influencia en la calidad de vida. Sólo se encontraron tres instrumentos que incluyeran estas cinco dimensiones: el Aberdeen Low Back Pain Scale (AB), el World Health Organization Quality of Life Assessment Tool-Pain Module (WHQOL-Pain) y el protocolo de evaluación del dolor Pain Assessment Questionnaire for a Patient with Advanced Disease (PAQ). Pero ninguno de ellos cubría de manera satisfactoria las demás dimensiones.

### Comentario

Es difícil alcanzar un buen alivio del dolor si el dolor no ha sido bien evaluado, es decir, si no se conocen bien la intensidad, el tipo, la localización, la vivencia, el impacto en la persona... Para poder conocer bien ese dolor hace falta tener interés. Pero también es necesario disponer de buenos instrumentos de evaluación. No es que los que

tengamos a nuestra disposición sean malos, pero sí que parece que no llegan a cubrir todas las dimensiones del dolor, ni siquiera las más relevantes. Pero, por otra parte, cuantas más dimensiones se pretende abarcar, menos práctico y más "inmanejable" se vuelve el instrumento de evaluación. Y ahí es difícil encontrar el punto de equilibrio. En todo caso, los autores de este trabajo sugieren que los nuevos instrumentos (cuestionarios) que se diseñen deberían tener un perfil más práctico, deberían ser muy sencillos, casi intuitivos, y en la medida de lo posible atractivos y amenos.

### Palliative Medicine

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 15-12-2006  
Hospital Universitario del Río Hortega

### La fotografía digital en una consulta generalista.

*Riba Torrecillas D, Soler-González J, Rodríguez-Rosich A. Digital photography in the generalist's office. CMAJ 2006; 175: 1519-21.*

En un artículo breve, sencillo y práctico, los autores recuerdan que a día de hoy la fotografía digital es una técnica sencilla y prácticamente gratuita que permite obtener imágenes de calidad de manera rápida. Y estas cualidades de la fotografía digital se pueden aplicar también en la clínica, especialmente cuando se emplea una historia clínica virtual. Esto permite incluir las imágenes directamente, no sólo croquis o esquemas, y da la opción de consultar con otros profesionales en tiempo real las posibles cuestiones que puedan sugerir. Los requisitos para poder emplear esta fotografía digital en la Consulta son pocos y accesibles: una cámara digital, un ordenador, una tarjeta de memoria y/o un cable de conexión y el consentimiento del paciente. A partir de aquí los autores señalan una serie de cuestiones prácticas para obtener imágenes de mejor calidad e incluyen un tesoro de términos técnicos que son ya casi de uso común (píxel, resolución, LCD, compresión, JPEG, etc.) y que pueden ser muy útiles, no sólo para el no iniciado.

### Comentario

La idea de este trabajo es sencilla y práctica. Hasta el punto que, probablemente, deberíamos tenerlo todos cerca, de modo que se pueda consultar o se pueda ceder a un compañero para que lo ojee y le ayude a resolver dudas. También en Cuidados Paliativos nos encontramos con frecuencia con imágenes interesantes o dudosas que nos gustaría compartir dentro del Equipo o con otros profesionales. O aparecen lesiones que es adecuado seguir para poder hacer una idea más objetiva de cómo evolucionan, de si responden o no a los tratamientos y en qué plazos. De aquí que la conclusión sea animar a los lectores a que obtengan este artículo, al que se puede acceder libremente, en el 5 de Diciembre de 2006 del

Canadian Medical Association Journal  
(http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/175/12/1519).

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 18-12-2006  
Hospital Universitario del Río Hortega

### Hace falta documentar y definir mejor la reacción de llamarada tras la administración de radioterapia externa en metástasis óseas.

*Harris K, Chow E. Need for better documentation and definition of pain flare following external beam radiotherapy in the treatment of bone metastases. J Pain Symptom Manage 2007; 33: 6-8.*

En Oncología, se entiende por reacción "flare" o de llamarada un empeoramiento agudo y transitorio de los síntomas debido al propio efecto del tratamiento. Esto se puede traducir en un aumento del dolor (y/o de la toma de analgésicos) en los primeros días tras el inicio del tratamiento. No hay unos criterios claros que permitan definir este fenómeno en el caso de la radioterapia paliativa sobre metástasis óseas, pero se tienden a proponer el aumento de dos puntos (o del 50% respecto al basal) en la intensidad del dolor (EVA 0-10) y/o el incremento del 50% en la toma de analgésicos. De acuerdo con los datos que se presentan en este trabajo, la incidencia de esta reacción de llamarada en los tratamientos con radioterapia sobre metástasis óseas se sitúa entre el 2% y el 44%. La administración de dosis únicas parece asociarse a una incidencia algo mayor y más temprana (con un pico al cabo de uno o dos días de la dosis) mientras que en las pautas fraccionadas esta reacción suele verse a partir del segundo día. Es probable que el empleo de corticoides disminuya la incidencia de esta reacción de llamarada o, al menos, reduzca su intensidad.

#### Comentario

La reacción de llamarada está descrita en diversos tratamientos oncológicos: quimioterapia, hormonas, radiofármacos, radioterapia... Pero no es un fenómeno que se suela tener en cuanta en los casos de agravamiento (transitorio) de los síntomas al comenzar un tratamiento. Es importante, por tanto, recordarlo ya que es probable que, en el ámbito de los enfermos con cáncer avanzado que reciben radioterapia paliativa, pueda aparecer hasta en uno de cada diez pacientes. Es prudente, por tanto, incluir esta reacción dentro del diagnóstico diferencial de los motivos que pueden empeorar el dolor. Y también esperar al menos una semana antes de hacer una valoración real del beneficio terapéutico (alivio del dolor) en pacientes que reciben radioterapia paliativa sobre metástasis óseas.

Journal of Pain and Symptom Management

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 02-01-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega

### El ESAS como herramienta de detección de depresión y ansiedad.

*Vignaroli E, Pace EA, Willey J, Palmer JL, Zhanf T, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System as a screening tool for depression and anxiety. J Palliat Med. 2006;9(2):296-303.*

Con el objetivo de evaluar y comparar las escalas Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) y Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para la detección de depresión y ansiedad en pacientes en programas de cuidados paliativos se realiza este estudio retrospectivo en el que se analizan los datos recogidos de pacientes que participaron en otros estudios y en los que se habían recogido datos de ambas escalas. Estos trabajos estudiaban varones supervivientes de cáncer (n=48), disnea en pacientes con cáncer avanzado (n=69) y espiritualidad en pacientes paliativos (n=99). Todos los pacientes tenían nivel cognitivo normal y eran capaces de rellenar varios cuestionarios. El diagnóstico de depresión y/o ansiedad se realizaba en pacientes que puntuaban 8 ó más /21 en el HADS; desde 11/21 depresión y/o ansiedad moderada y desde 15 severa. Existía depresión y/o ansiedad cuando el ESAS era 1/10 y moderada-severa desde 4/10. Se tomó el HADS como prueba estándar.

Se incluyeron 216 pacientes. En el ESAS puntuaron una mediana de 2 (rango 0-10) en depresión y de 3 (rango 0-10) en ansiedad. El coeficiente de correlación de Spearman entre HADS y ESAS fue 0,39 (p=0,001) para depresión y 0,50 (p=0,001) para ansiedad.

Los autores concluyen que, aunque el ESAS no debe emplearse como herramienta de diagnóstico, valores mayores de 2 sobre 10 en el ESAS dan una aceptable sensibilidad para el diagnóstico de depresión (0,77) y ansiedad (0,83) en relación al HADS.

#### Comentario

Una condición necesaria para la utilidad de los test que empleamos en pacientes paliativos es la sencillez y la brevedad. Esta es una ventaja que presenta el ESAS respecto a otros, y aunque no es válida como herramienta diagnóstica, ni pretende serlo, sí nos puede ser válida como herramienta de detección, que nos lleve después a un posterior diagnóstico.

Journal of Palliative Medicine

**Revisor:** Ana de Santiago Ruiz, 03-01-2007  
Centro de Cuidados Laguna. Madrid

**Evolución psicológica desde el ingreso hospitalario hasta el fallecimiento en pacientes con cáncer hepático en situación terminal que no han sido informados en Japón.**

*Maeda Y, Hagihara A, Kobori E, Nakayama T. Psychological process from hospitalization to death among uninformed terminal liver cancer patients in Japan. BMC Palliative Care 2006; 5: 6.*

Los autores pretenden definir un modelo de evolución psicológica desde el ingreso hospitalario hasta el fallecimiento en pacientes oncológicos en situación terminal que no han sido informados de su situación clínica. Para ello llevan a cabo un estudio cualitativo (que se planteó como un estudio de satisfacción) mediante entrevistas con pacientes con cáncer hepático avanzado. La persona que realizaba las entrevistas se mostraba accesible sin buscar posibles participantes. El perfil de los 59 enfermos es relativamente homogéneo: varones de cerca de 60 años, casados, con estudios superiores, con un trabajo de tipo administrativo y sin grandes preocupaciones religiosas. En ellos fue posible definir una serie de etapas psicológicas. La primera es la de ansiedad y perplejidad, que incluye las limitaciones debidas a la enfermedad, las dificultades económicas, los problemas para hablar del diagnóstico, el miedo a verse solo, a sentirse mal o a ingresar y el enfado por no haber sido informado. La segunda fase es la de sospecha y negación, e incluye el pensar en torno a la muerte y sus consecuencias, el miedo a mostrarse débil y el rechazo a las personas que intentan ayudar (familiares y profesionales sanitarios). La tercera etapa es la de la certeza, con la sensación de vacío y de soledad que anticipa la muerte, la ansiedad que producen los estudios diagnósticos o los posibles tratamientos y el miedo a la muerte que ya se ve cercana. La cuarta fase es la de preparación, con la resignación, el duelo y el pensamiento en el más allá. Y la quinta y última etapa es la de aceptación. En ella se repasa lo que se ha vivido, hay un acercamiento a la familia y se entra en la despedida en que se agradece lo que se ha recibido y se desea lo mejor a los que se quedan.

**Comentario**

Este estudio es interesante por el desarrollo metodológico y por los resultados. Desde el punto de vista metodológico se trata de un estudio cualitativo en que es preciso interactuar los pacientes oncológicos avanzados mediante una entrevista pero sin alterar el grado de información de unos enfermos que desconocen su diagnóstico. En cuanto a los resultados, llama la atención la nueva serie de etapas en la fase terminal que proponen los autores: ansiedad-perplejidad, sospecha-negación, certeza, preparación y aceptación. Este modelo gana en interés porque se ha obtenido en unos enfermos en situación terminal que desconocían el diagnóstico, algo que es común a muchos de los que llegan a las Unidades de Cuidados Paliativos. Además, llama la atención que en este perfil de pacientes, orientales y de nivel sociocultural elevado, la falta de información no parece impedir que la etapa terminal se viva con cierta tranquilidad.

Otras revistas

**Revisor:** Álvaro Sanz Rubiales, 09-01-2007  
Hospital Universitario del Río Hortega